

مركز البحوث

نظام التأمين الصحى التعاونى

فى المملكة العربية السعودية

بحث ميدانى

إعداد

د . عبد المحسن بن صالح الحيدر   إ . د .محمد على التركى

بسم الله الرحمن الرحيم



مركز البحوث

نظام التأمين الصحى التعاونى في المملكة العربية السعودية :

(بحث ميداني)

إعداد

د. عبد المحسن بن صالح الحيدر   أ.د. محمد على التركى

١٤٢٣ هـ - ٢٠٠٢م

بطاقة الفهرسة

ⓒ معهد الإدارة العامة ، ١٤٢٣هـ

فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر .

الحيدر ، عبدالمحسن بن صالح

نظام التأمين الصحي التعاونى في المملكة العربية السعودية

عبدالمحسن بن صالح الحيدر ، محمد بن علي محمد التركي – الرياض

٣٢٨ ص ؛ ١٦٫٥ × ٢٣٫٥ سم

ردمك : ١-١٠٧-١٤-٩٩٦٠

١– التأمين الصحي أ – التركي ، محمد بن علي محمد (م. مشارك)

ب – العنوان

ديوى ٣٦٨٫٣٨٢ ٢٣/١١٩٧

رقم الإيداع : ٢٣/١١٩٧

ردمـــــك : ١-١٠٧-١٤-٩٩٦٠

قائمة المحتويـــــــــات

الموضــــــوع **الصفحة**

الفصل الأول :

الفصل الثانى - مراجعة أدبيات البحث :

الموضـــــوع	الصفحة

الفصل الثالث - منهجية البحث :

الموضـــــوع	الصفحة

قائمة الجـــــداول

الفصل الأول

- مقدمة .
- مشكلة البحث .
- أهداف البحث .
- أسئلة البحث .
- أهمية البحث .



مقدمة :

مع انخفاض عائدات البترول بنهاية الثمانينيات الميلادية ، بدأت دول مجلس التعاون الخليجي ومنها المملكة العربية السعودية في ترشيد الإنفاق الحكومي ، وتأثرت بذلك – بدون شك – الميزانيات المخصصة للصحة. ومع وجود أعداد كبيرة من العمالة الوافدة في المملكة يصل تعدادها إلى أكثر من ستة ملايين فرد (خليل ، ٢٠٠٠ ص٢٠) ، وأغلب هذه العمالة تستخدم المرافق الصحية الحكومية وتمثل عبئًا على تلك المرافق ، أثر ذلك سلبًا على الخدمات التي توفرها الدولة للمواطن السعودي في بعض الأحيان .

ومع زيادة الطلب على هذه الخدمات والزيادة المطردة في تكاليفها على المستوى العالمي ووجود استثمارات كبيرة في مشاريع إنشائية تحمل ميزانية الدولة تكلفة جارية عالية ، بالإضافة إلى ارتفاع معدل النمو السكاني وظهور الأمراض المزمنة بعد نجاح الدولة في السيطرة على الأمراض المعدية (وهذه المرحلة تمر بها جميع بلدان العالم خلال مراحل تطورها) الأمر الذي يتطلب تكلفة عالية لعلاج هذه الأمراض ، بدأ الإحساس بوجود مشكلة في تمويل الخدمات الصحية ، وبدأ التفكير في إيجاد بدائل جديدة لهذا التمويل ، وجاء نظام الضمان الصحي التعاوني كأفضل البدائل المتاحة في هذا الصدد (ساعاتي ، ١٩٩٨ و ٢٠٠٠ أو ٢٠٠٠ب و الربيعة ، ٢٠٠٠) .

وقد اشتملت خطط التنمية على دراسة جدوى تطبيق هذا النظام ، ونصت خطة التنمية السادسة (١٤١٥–١٤٢٠هـ) على "اتخاذ إجراءات تضمن شمولية الضمان الصحي للقوى العاملة الوافدة" (وزارة الصحة ، ٢٠٠٠ ص ٢٧) . ونظام الضمان الصحي التعاوني هو نوع من التكافل بين الأفراد لتفتيت المخاطر المالية وتوزيعها على أكبر عدد ممكن من الأشخاص وذلك لتخفيف الأعباء المالية عن المرضى والتي أصبحت تفوق إمكانات أي فرد .

ومن مميزات نظام الضمان الصحي المزمع تطبيقه الإسهام في حل مشكلة سوء استخدام الخدمات المتاحة مجانًا وتفعيل دور الرعاية الصحية الأولية ، كما سيسهم في رفع مستوى جودة الخدمات المقدمة ؛ لأن شركات التأمين والمرضى لن يتعاملوا مع المستشفيات ذات الخدمات المتدنية الجودة ، بالإضافة إلى تحويل المخاطر من الفرد

إلى المجموعة وتوزيع الخسارة على عدد كبير حتى تكاد تكون غير مؤثرة وذلك بصورة تعاونية (مفتى ، ٢٠٠٠ ص١٣) .

ولتحقيق ذلك فإن المرافق الصحية بالقطاع الخاص تحتاج إلى تطوير فى النظم الإدارية والمحاسبية والاعتماد على حساب التكاليف ، وكذا إلى تدريب وتوفير الكفاءات اللازمة للقيام بهذا التطوير ، كما تحتاج أيضا إلى تطوير أساليب تقديم خدماتها لتكون أكثر اقتصادية (البريك ، ٢٠٠٠ ص ٣٠) .

والجدير بالذكر أن ترك الفجوة بين الموارد الصحية والتكاليف تتسع من شأنه أن يؤدى إلى خلل فى النظام الصحى بأكمله ، ومن علامات هذا الخلل تدنى جودة الخدمات المقدمة ، طول الانتظار للحصول على الخدمة فى العيادات ، تدنى رضا المرضى المترددين على المرافق الصحية ، قوائم انتظار طويلة للحصول على الخدمات الجراحية ، تعطل الأجهزة الطبية لفترات طويلة وانخفاض عمرها الافتراضى ، تدنى مستوى المنشآت الصحية بسبب عدم القدرة على صيانتها ، إلى آخر ذلك من أمثلة .

من ناحية أخرى كانت هيئة كبار العلماء بالمملكة قد أقرت فى ١٣٩٧/٤/٤ هـ مشروعية التأمين التعاونى بناء على كونه من عقود التبرع التى يقصد بها التعاون على تفتيت الأخطار ويخلو من الربا (الأمانة العامة لهيئة كبار العلماء ، ١٣٩٧ هـ) ، وشجع ذلك على دخول التأمين التعاونى المجال الصحى ، إلى أن تغيرت الظروف الاقتصادية وظهرت الحاجة إلى إيجاد بديل لتمويل الخدمات الصحية وتوالت الدراسات المتأنية حول البدائل المتاحة فى هذا الصدد ، حتى كانت موافقة مجلس الشورى على تطبيق نظام الضمان الصحى التعاونى فى ٣٠ شوال من العام ١٤١٧ هـ (الصالح ، ١٩٩٧) وصدر قرار مجلس الوزراء الموقر بهذا الشأن فى ١٤٢٠/٤/٢٧ هـ والمرسوم الملكى بالموافقة على النظام فى ١٤٢٠/٥/١ هـ (وزارة الصحة ، ٢٠٠٠ ص ٨-١٥) .

وكان من المتوقع صدور اللائحة التنفيذية للنظام فى أغسطس ٢٠٠٠م ، ويتم تنفيذ النظام بعد ثلاثة أشهر من صدور اللائحة ، أى فى نوفمبر ٢٠٠٠م (وزارة الصحة ، ٢٠٠٠ ص٣٣) ، ولكن لم يتم صدور اللائحة التنفيذية حتى مثول هذا البحث للطباعة .

وسوف نقوم فيما يلي بإلقاء الضوء على نظام الضمان الصحي التعاوني المزمع تنفيذه والصادر بشأنه المرسوم السامي المشار إليه عاليه ، وذلك للتعرف على جوانب هذا النظام وأوجه الشبه والاختلاف بينه وبين أنظمة التأمين الصحي الأخرى المطبقة حاليًا في بعض الدول المتقدمة والنامية كمدخل لاستطلاع آراء المستفيدين حول هذا النظام الذي سوف يطبق عليهم بصورة إلزامية ، وكذلك آراء القائمين على تنفيذه من مستشفيات وشركات التأمين .

مشكلة البحث :

تباينت الآراء حول نظام الضمان الصحي التعاوني المزمع تطبيقه قريبًا في المملكة العربية السعودية ، وصعب على المستفيدين الذين سيطبق عليهم النظام إلزاميًا استيضاح مكوناته وعلاقته بنظم التأمين الصحي المطبقة في الدول الأخرى . ومن ناحية أخرى ، لم تجر إلى الآن أية دراسات للتعرف على آراء المستهدفين بنظام الضمان الصحي التعاوني حول هذا النظام أو نظم التأمين الصحي المطبقة حاليًا في المملكة سواء من الذين يتمتعون حاليًا بتغطية للتأمين الصحي أو الذين لا يتمتعون بمثل هذه التغطية . كذلك لم تجر أية دراسات لتقصي آراء مقدمي الخدمة الصحية وشركات التأمين العاملة حاليًا في المملكة فيما يتعلق بنظام الضمان الصحي التعاوني المزمع تطبيقه قريبًا . وبسبب هذا الغموض الذي يكتنف نظام الضمان الصحي التعاوني ونظم التأمين الصحي المطبقة حاليًا ، تسعى هذه الدراسة إلى تسليط الضوء على بعض جوانب التأمين الصحي في المملكة .

أهداف البحث :

١ - تحليل نظام الضمان الصحي التعاوني المزمع تطبيقه في المملكة للتعرف على مكوناته (من حيث المدخلات ، طرق العمل والمخرجات) .

٢ - مقارنة نظام الضمان الصحي التعاوني المزمع تطبيقه بالمملكة بأنظمة التأمين الصحي المطبقة في مجموعة من دول العالم المتقدمة والنامية .

٣ – التعرف على آراء المستفيدين (المرضى الذين سيطبق عليهم النظام) ومقدمى الخدمة (المستشفيات) وشركات التأمين العاملة بالملكة حول نظم التأمين الصحى المطبقة حاليًا ونظام الضمان الصحى التعاونى المزمع تطبيقه .

وبالتحديد فقد سعى هذا البحث للإجابة عن الأسئلة التالية :

أسئلة البحث :

١ – ما هى عناصر نظام الضمان الصحى التعاونى المزمع تطبيقه بالمملكة ؟

٢ – ما هى الفروق الجوهرية بين نظام الضمان الصحى التعاونى المزمع تطبيقه بالملكة ونظم التأمين الصحى المطبقة فى دول العالم المتقدمة والنامية ؟

٣ – ما هى آراء المستفيدين حول نظم التأمين الصحى المطبقة حاليًا ونظام الضمان الصحى التعاونى المزمع تطبيقه بالمملكة ؟

٤ – ما هى آراء مقدمى الخدمة حول نظم التأمين الصحى المطبقة حاليًا ونظام الضمان الصحى التعاونى المزمع تطبيقه بالمملكة ؟

٥ – ما هى آراء شركات التأمين حول نظم التأمين الصحى المطبقة حاليًا ونظام الضمان الصحى التعاونى المزمع تطبيقه بالمملكة ؟

أهمية البحث :

على المستوى المركزى : يمكن لنتائج هذه الدراسة أن تسهم بصورة كبيرة فى التعرف على آراء كل من المستفيدين الذين سيطبق عليهم نظام الضمان الصحى التعاونى بصورة إلزامية ، ومقدمى الخدمة (المستشفيات) ، وشركات التأمين المشاركة فى هذا النظام ، مما يساعد صانعى القرار فى رسم السياسات الخاصة بالنظام وتوضيح البدائل المتاحة لاتخاذ القرارات المتعلقة بذلك .

على مستوى مقدمى الخدمة : التعرف على آراء المستفيدين وشركات التأمين يمكن أن يساعد مقدمي الخدمة على تحسين بعض الجوانب التشغيلية المتعلقة بتطبيق نظم التأمين الصحى ويسهم فى القضاء على مشكلات التشغيل المتعلقة بهذه النظم .

على مستوى المستفيدين من الخدمة : يمكن لنتائج هذه الدراسة المساعدة على تفهم النظام المزمع تطبيقه بصورة أفضل والتعرف على مرئيات مقدمي الخدمة وشركات التأمين بهذا الخصوص ، والتعرف على البدائل المتاحة فى مجال التأمين الصحى فى مجموعة من الدول المتقدمة والنامية بما فى هذه البدائل من إيجابيات وسلبيات ، مما يساعد فى تقبل النظام المزمع تنفيذه .

على مستوى شركات التأمين : التعرف على مرئيات المستفيدين ومقدمي الخدمة يمكن أن يسهم بصورة إيجابية فى التعرف على مسببات بعض المشكلات التشغيلية ، وكذلك فى إيجاد الحلول الملائمة لهذه المشكلات .



الفصل الثانى

- مراجعة الأدبيات
  - خلفية نظرية عن التأمين .
  - المكونات الأساسية لنظم التأمين الصحى .
  - الوضع الراهن للتأمين الصحى بالمملكة العربية السعودية .
  - تجارب بعض الدول فى التأمين الصحى .
  - البحوث السابقة حول آراء المستفيدين .



خلفية نظرية عن التأمين :

تعريف التأمين :

اختلف تعريف التأمين لدى الكتَّاب ولكن فى النهاية يتفق الجميع على نفس المعنى ، فمن التعريفات التى استخدمها الكتّاب للتأمين على سبيل المثال :

* "عمل يسعى إلى توزيع الخطر على أكبر عدد ممكن من الأفراد مقابل مبلغ بسيط من المال (يسمى قسط التأمين) يدفعه المؤمَّن له إلى شركة مختصة بالتأمين تقوم بدورها بتحمل نتائج الخطر مقابل الأقساط التى تجمعها ، وذلك بأن تدفع تعويضاً عن الأضرار أو الخسائر التى تلحق بالمؤمن له بموجب عقد ينظم العلاقة بين الشركة والمؤمن له يسمى عقد أو بوليصة التأمين" (ابن سعيد ، ٢٠٠٠ م ص ٥٨) .
* "التزام طرف لآخر بتعويض نقدى يدفعه له أو لمن يعينه ، عند تحقق حادث احتمالى مبين فى العقد ، مقابل ما يدفعه له هذا الآخر من مبلغ نقدى من قسط أو نحوه" (ابن ثنيان ، ١٩٩٣ م ص ٤٠) .
* "نظام مالى يلتزم فيه المؤمن بدفع مبلغ مالى أو إيراد مرتب ، أو أى عوض مالى آخر للمستفيد عند وقوع الحادث المرغوب فيه ، أو غير المرغوب فيه ، خلال مدة معينة مقابل دفع المستأمن قسط التأمين بصفة دورية أو دفعة واحدة" (آل محمود ، ١٩٩٤ م ص ٣٥) .
* "نظام تعاقدى يقوم على أساس المعاوضة غايته التعاون على ترميم أضرار المخاطر الطارئة بواسطة هيئات منظمة تزاول عقوده بصورة فنية قائمة على أسس وقواعد إحصائية" (عبده ، ١٩٧٧ م ص١٣٠) .

وبذلك يكون التأمين ببساطة هو عقد بين المؤمَّن عليه (المستفيد) أو من ينوب عنه والمؤمِّن (شركة التأمين) ، يقوم المستفيد بموجبه بدفع قيمة مالية محددة بشكل دورى إلى الشركة مقابل التزام الشركة بدفع قيمة مالية قد يكون لها حد أعلى إلى ذلك الشخص أو غيره كتعويض عند تعرض الشخص لما يوجب التعويض وفق شروط العقد ، كمرض أو حادث أو خلافه . وبهذه الطريقة يتم توزيع الخسائر التى تحدث للفرد

الواحد على مجموعة كبيرة من الأفراد لتقليل تأثير هذه الخسائر مقابل اشتراكات يدفعها هؤلاء الأفراد دورياً من أجل تحقيق هذا الهدف .

نشأة التأمين :

بدأت فكرة التأمين من قديم الزمان من منطلق التعاون بين أفراد الجماعة الواحدة لحماية أنفسهم وممتلكاتهم ودرء المخاطر وتوزيع الخسائر التى تلحق بالفرد على المجموعة ، وهناك شواهد على أن التأمين البحرى هو أقدم أنواع التأمين التى عرفها الإنسان من قرابة الأربعة آلاف سنة قبل الميلاد فى بلاد بابل ، وبدأت الفكرة فى الازدهار فى العصور القديمة نتيجة لانتشار الرحلات البحرية بين البلدان المختلفة ، وزيادة معدلات غرق السفن وتعرضها للقرصنة البحرية . وفى القرن السابع عشر ظهر التأمين ضد الحريق وتوالى بعد ذلك ظهور صور أخرى من التأمين مثل : التأمين على الحياة والتأمين ضد الحوادث والتأمين الاجتماعى والتأمين على أعضاء الجسم ، ثم ظهرت شركات إعادة التأمين (ابن سعيد ، ٢٠٠٠ م ص ٣-١٦) .

وقد نشأ التأمين الصحى تاريخياً مع التطورات العمالية من خلال تجميع الموارد ورصدها لضمان الحماية من مخاطر المرض ، فقد شكل حرفيو أوربا فى العصور الوسطى نقابات الصناع التى أنشأت صناديق لدعم الأعضاء فى أوقات العوز الناتج عن المرض ، والتى يسهم فيها كل عضو بشكل دورى . وتوسعت وتطورت هذه الصناديق مع التطور الصناعى ، إذ ساد مفهوم مشاركة الخطورة التى تهدد دخل العامل بسبب المرض . وبدأت مجموعات العمال والمزارعين فى منطقة واحدة بإنشاء صناديق المرض أو جمعيات الدعم التعاونية لهذا الغرض ، وجمعت هذه الجمعيات مساهمات المشتركين لتوفير العون والدعم للأعضاء المحتاجين فقط وليس بهدف الربح أو الاستثمار ، فقد كان المبدأ الأساسى لهذه الجمعيات هو التكافل وفى بداية الأمر وفرت هذه الصناديق والجمعيات الدعم النقدى ، ثم أخذت تتعاقد مع مقدمى الرعاية الصحية لرعاية أعضائها ثم طورت خدماتها الطبية الخاصة . ثم بادر أرباب العمل فى المهن الخطرة مثل أعمال التنقيب بإلزام العمال فى الاشتراك فى هذه الجمعيات . ثم

تنبه القادة السياسيون إلى فوائد تعميم هذه التنظيمات وكانت أول خطوة فى ألمانيا عام ١٨٨٣م حيث سنت الدولة قانونًا يقضى بإلزام العمال فى صناعة محددة يتقاضون دخلاً أقل من مستوى معين بالاشتراك فى صندوق المرض ويمول الصندوق بالمساهمة الإلزامية لكل من الموظف ورب العمل . ومن هنا نما التأمين الصحى كآلية للضمان الاجتماعى الإلزامى ، وفى عام ١٨٨٧م بدأت النمسا التأمين الصحى ، وتبعها النرويج عام ١٩٠٢م ، ثم بريطانيا عام ١٩١٠م ، وفرنسا عام ١٩٢١م (المصدر السابق ص ١٧-٢٠) . وبحلول عام ١٩٣٠م عم التأمين الصحى الإلزامى معظم الدول الصناعية فى أوربا تحت مسمى تأمين المرض والأمومة (Aviva, et.al. 1990 P 8) .

العقود التأمينية :

ويشتمل العقد التأمينى بوجه عام على عنصرين أساسيين هما : القسط التأمينى والتعويض الذى يتلقاه المؤمن عليه عند وقوع أحداث معينة أثناء سريان العقد . والقسط يجب أن يكون كافيًا للتعويض عن الخسائر ولتغطية تكاليف الإدارة وأن يدر ربحًا مماثلاً لرأس مال مماثل يوظف فى أى تجارة أخرى . ويجب أن توفر تجارة التأمين ضمانة عظيمة لثروات الأشخاص ، بتقسيم تلك الخسارة التى تؤدى إلى دمار وإفلاس الفرد على عدد كبير من الناس بحيث يكون وقعها طفيفًا سهلاً على المجتمع (Borch, 1990 PP 1-2) .

وبصفة عامة لا بد من الحصول على ترخيص لبيع عقود التأمين ، ويعمل بائعو هذه العقود عادة تحت إشراف أو تنظيم حكومى ، وذلك لضمان قدرتهم على سداد المطالبات المالية للمنشآت الصحية والأطباء. وعادة لا يبيع التأمين أفراد بل من خلال شركات مساهمة أو شركات التأمين التعاونية ، ويعمل عادة كلا النوعين فى سوق تنافسية واحدة .

وتعد عقود التأمين التجارية التقليدية مخالفة للشريعة الإسلامية . فمما لا شك فيه أن عقد التامين : هو عبارة عن نقل احتمال خسارة مالية من شخص إلى آخر، أى أن مسؤولية ما يخشاه شخص ما تنتقل إلى عاتق شخص آخر مقابل القسط . وهنا

تختلف مصلحة المؤمِّن عن مصلحة المؤمَّن عليه ، أما فى التأمين التعاونى فإن المؤمن عليه هو المؤمن ، ولا تنتقل المخاطرة أو احتمال الخسارة بل يشترك الجميع فى الخسارة حال وقوعها. إذاً فالدعم التعاونى المشترك والأمان هى صفات التأمين التعاونى الحقيقية ، على النقيض من التأمين التقليدى الذى يهدف إلى التعامل بالمجازفة وهذا ما يحرمه الإسلام (خالد بن سعيد ٢٠٠٠ ، ص ٣١-٣٩) . وقد أفاد الفنيسان (١٤١٧هـ ، ص ٢١٠) أن : "عقد التأمين الصحى فهو من عقود التبرع والنفع العام للناس فطلب الربح من أحد الطرفين فقط أو وجود الجهالة والضرر اليسيرين لا يبطلانه بخلاف عقود المفاوضات المالية" .

ومن الواضح إذاً أن عقد التأمين هو عقد مبيع ، والمبيع ينقسم إلى أربعة أنواع هى : **البيع** : هو بيع سلعة ما مقابل سعر محدد . **المقايضة** : هى مبادلة سلعة بسلعة أخرى. **الصرف** : هو بيع قيمة مالية مقابل قيمة مالية . **السلم** : هو بيع قيمة مالية مقابل شىء محدد . وعليه فإن عقد التأمين ما هو إلا وعد المؤمن أنه مقابل القسط الذى يدفعه المؤمن عليه بأنه فى حالة خسارة المؤمن عليه خسارة مالية يدفع المؤمن قيمة هذه الخسارة نقداً ، أى أن هذا العقد ينص على مبادلة المال بالمال أى الصرف وتنطبق عليها شروط الربا وبالتالى يشترط لشرعية مثل هذا العقد أن تتساوى القيمة المتبادلة وأن يتم التبادل وقت العقد ، ولا يتحقق هذان الشرطان فى عقد التأمين التجارى ولذلك فهو غير شرعى (Musleh-ud-Din, 1982 PP 87-88 & 131-132) .

الأنواع الرئيسية للتأمين :

ينقسم التأمين إلى ثلاثة أنواع رئيسية ، وهى التأمين الاجتماعى والتأمين التجارى والتأمين التعاونى .

التأمين الاجتماعى :

بالنسبة للتأمين الاجتماعى فهو تأمين إجبارى تقوم به الهيئات الحكومية لصالح شرائح معينة من السكان لحمايتهم من مخاطر يتعرضون لها ويكونون غير قادرين على

مواجهة تبعاتها ، وقد تمتد هذه الحماية التأمينية لتغطي معظم أو كل السكان في بعض بلدان العالم ، ولا يكون من حق المؤمن عليهم الانسحاب من النظام إلا في حالات محدودة مثل سقوط العضوية أو الاستقالة على سبيل المثال ، كما لا يحق لهم اختيار التغطية التأمينية التي يرغبون فيها وإنما تحدد هذه التغطية بالقانون الذي تصدره الدولة لهذا الغرض ويتساوى في التغطية جميع المؤمن عليهم رغم اختلاف قيمة الاشتراك الذي يكون نسبة من الراتب ، وبالتالي يختلف من شخص لآخر ، وقد يتوزع الاشتراك بين المؤمن عليه وصاحب العمل والدولة كما في تأمين الشيخوخة والعجز والوفاة ، أو بين المؤمن عليه وصاحب العمل كما في إصابات العمل وأمراض المهنة (عمار ، ١٩٩٦ ص ٦٤ وابن سعيد ، ٢٠٠٠ ص ١٣٧) .

ويندرج تحت مظلة هذا النوع من التأمين دفع التعويضات التي تصرف لإصابات العمل ، ومعاشات التقاعد ، والتأمين ضد العجز ، والتأمين ضد البطالة ، والتأمين الصحي .

التأمين التجاري :

أما التأمين التجاري فهو بطبيعة الأمر تأمين اختياري تتولاه بعض الشركات المساهمة ذات رؤوس الأموال الضخمة والتي تهدف للربح ، حيث يحق للمشترك اختيار التغطية المناسبة له والتفاوض على شروط الوثيقة . وتختلف التغطية التي يتمتع بها المشترك باختلاف القسط الذي يدفعه وتحدد قيمة هذا القسط وفقًا لدرجة الخطورة واحتمالات تحقق الخطر وبناءً على حسابات اكتوارية تقوم بها شركات التأمين ويتحمل المشترك وحده قيمة القسط ، كما يحق له الانضمام والانسحاب بدون قيود إلا القيود التي تفرضها شركات التأمين لعدم قبول بعض الراغبين في الاشتراك بسبب ارتفاع مخاطر التأمين عليهم ، فشركات التأمين التجارية لا تؤمن على الكثير من المشكلات الصحية التي قد يترتب عليها التزامات مالية كبيرة بغض النظر عن أهمية الخدمة الصحية أو حجم المعاناة التي يتعرض لها الأفراد ، أو ترفع أقساط التأمين للراغبين من هذه الفئة بدرجة كبيرة ، ومن أجل ذلك تشترط إجراء فحوصات طبية لطالبي التأمين قبل توقيع الوثيقة (عمار ، ١٩٩٦ ص ٦٤ والدوسري ، ١٩٩٦ ص ٧٧) .

ويندرج تحت هذا النوع من التأمين أنواع متعددة بداية من التأمين على الحياة ، ومروراً بالتأمين ضد الشيخوخة والتأمين ضد الحوادث ووصولاً إلى التأمين الصحي .

التأمين التعاوني :

بالنسبة للتأمين التعاوني ، فهذا النوع من التأمين يعد البديل المثالي للمجتمعات الإسلامية ؛ وذلك لاتفاقه مع مبادئ الشريعة الإسلامية الغراء ، لكونه بمثابة تطبيق عصري منخفض التكاليف لمبدأ التكافل الاجتماعي بين الأفراد باعتباره عقداً من عقود التبرع التي يقصد بها تفتيت الأخطار والاشتراك في تحمل مسئولية المخاطر وذلك عن طريق المساهمات المالية التي يدفعها المشتركون لهذا الغرض ، والربح ليس الهدف الأساسي لهذا النوع من التأمين سواء بالنسبة للمشتركين فيه أو لشركات التأمين مما يؤدي إلى انخفاض تكلفة التأمين على المشتركين . وقد أجازت هيئة كبار العلماء بالمملكة العربية السعودية هذا النوع من التأمين بالقرار رقم ٥١ بتاريخ ١٣٩٧/٤/٤هـ (بيت الباحث العربي ، ١٤٢١هـ) . وقد أورد ابن سعيد (٢٠٠٠ ص ١٢٨) عن مصطفى الزرقاء أن :

"... طريقة التأمين التعاوني (التبادلي) جائزة شرعاً بلا أي شبهة مهما كان نوع الخطر المؤمن منه ، لأنها تقوم على أساس إنشاء صندوق تعاوني مشترك بين جماعة يكتتبون فيه لجبر أضرار من تصيبه منهم نوائب معينة".

ومن صور التأمين التعاوني إنشاء جمعيات تعاونية على أساس التقييم ، حيث يدفع كل مشترك المبلغ المتفق عليه كمساهمة أولى على أن يكون مسؤولاً عن دفع مبلغ إضافي (التقييم) كنسبة من المساهمة الأولى فيما إذا تعدت الخسارة إجمالي المساهمة الأولى . أما إذا تبين من المحاسبة السنوية أن الخسائر لم تتجاوز المبالغ المحصلة ويبقى مبالغ فائضة فتعاد إلى المشتركين أو يقيد لحسابهم لتخفيض قسط الاشتراك في المستقبل ، وبالإمكان استثمار المبلغ الاحتياطي في استثمارات شرعية (Musleh-ud-Din, 1982 PP 138-143) .

التأمين الصحى :

يشمل مصطلح التأمين الصحى بشكل عام عدة أنواع من العقود التأمينية التى رغم ارتباطها ببعضها البعض إلا أن كلاً منها يهدف إلى الحماية ضد مخاطر مختلفة ، ويدخل ضمن التأمين الصحى تصنيفان من التأمين هما :

١ – **تأمين دخل العجز** : أو التأمين ضد فقدان الدخل ، والذى يوفر دفعات منتظمة عند عدم قدرة المؤمن عليه على العمل بسبب المرض أو الإصابة وتكون أهلية تحصيل الدفعات على أساس افتراض فقدان الدخل ، ولكن تعرف فعليًا على أساس عدم القدرة على ممارسة العمل .

٢ – **تأمين التكلفة الطبية** : ويوفر تكاليف الرعاية الطبية الناتجة عن المرض أو الإصابة ، وتشمل تكاليف الأطباء والمستشفيات وخدمات التمريض والخدمات الصحية الأخرى ذات العلاقة ، إضافة إلى الأدوية والتجهيزات الطبية . وقد تأخذ المنافع التأمينية عدة أشكال ، فقد تكون بالتعويض المباشر عن التكاليف إما لمقدم الخدمة أو للمؤمن عليه ، أو بدفع مبالغ نقدية محددة أو توفير الخدمات مباشرة. وبالإمكان تقسيم هذا النوع من التأمين إلى أربعة أقسام هى : تغطية تكلفة المستشفى وتكلفة الجراحة وتكلفة الخدمات الطبية العادية والتكاليف الطبية الكبرى بحيث يصبح هناك خمسة أنواع من التأمين الصحى . ويتم تسويق أنواع التأمين الصحى الخمسة إما على أساس جماعى أو على أساس فردى ، حيث يتطلب التأمين الصحى الجماعى مجموعة من الناس بحد أدنى محدد ، وتكون التغطية فى التأمين الجماعى مماثلة للتغطية الفردية إلا أن التكلفة تكون أقل ، ويقوم رب عمل المجموعة غالبًا بتحصيل القسط التأمينى ، وذلك بحسم مساهمة كل فرد من راتبه وبعد إضافة مساهمة رب العمل يدفع قسط المجموعة لشركة التأمين (Vaughan, 1989 P 285) .

والتأمين الصحى قد يندرج تحت أى نوع من أنواع التأمين الرئيسية المشار إليها عاليه ، فقد يكون تحت مظلة التأمين الاجتماعى أو التأمين التجارى أو التأمين التعاونى .

بالنسبة لتغطية تكلفة المستشفى فهناك نوعان من عقود تأمين خدمات المستشفى ، العقود التعويضية وعقود الخدمة ، ويستخدم كلاهما لتغطية الفرد أو الأسرة . وتصمم عقود التأمين التعويضية بهدف دفع تكاليف الغرفة والإعاشة أو جزء منها عند دخول المؤمن عليه المستشفى حسب الاتفاق ، ويدفع المؤمن عليه ما زاد عن المتفق عليه . إضافة إلى تكلفة الغرفة والإعاشة ، هناك عادة مبلغ يدفع لتغطية نفقات المستشفى الطارئة مثل : تكاليف غرفة العمليات والأشعة والأدوية والتخدير والتحاليل المخبرية . كما أن بالإمكان تغطية خدمات الأمومة حيث يحدد المبلغ الأقصى لتغطية هذه الخدمات . أما عقود تأمين الخدمة فتوفر خدمات المستشفى الفعلية مباشرة للمؤمن عليه لعدد من الأيام المتفق عليها بدلاً عن مبلغ متفق عليه ، ويتم التعاقد عادة على أساس جماعي ، حيث يتم توفير غرفة نصف خاصة للمريض لمدة تتراوح من ٧٠ إلى ١٢٠ يوماً مرضياً سنوياً حسب العقد ، إضافة إلى جميع الخدمات الأخرى دون دفعات إضافية يتحملها المريض (المصدر السابق ص ٢٨٦-٢٨٧) .

بالنسبة لتغطية تكلفة الجراحة ، فيتم مثل تغطية خدمات المستشفى ، إما بالعقود التعويضية أو بعقود الخدمة ، ويستخدم كلاهما لتغطية الفرد أو الأسرة . ففي العقود التعويضية يتم الاتفاق على بيان يدرج فيه المبالغ التي تدفع لمجموعة مختلفة من العمليات الجراحية ، ويرتفع المبلغ حسب صعوبة العملية . وفي حالة عقود الخدمة فيتم الاتفاق بين متعهد الخدمة والجراح على دفع مبلغ مقطوع نظير الخدمة دون أن يتحمل المريض دفعات إضافية . ويتم عادة الاتفاق على تكلفة الخدمات الطبية العادية مع أحد وكلاء تأمين خدمات المستشفى وتكلفة الجراحة ويوفر التغطية لتكلفة زيارات الأطباء ، ويتحمل عادة المريض جزءاً من التكلفة . فيما يتعلق بتغطية التكاليف الطبية الكبرى ، فيقصد بها تلك التكاليف الطبية المرتفعة التي يكون تكبدها فوق طاقة الشخص ويوجب كارثة مالية ، ويمتاز هذا النوع من التأمين بارتفاع حدود التغطية لكل حالة مرضية وبوجود مبلغ مقتطع deductible ؛ وذلك للحد من استخدام هذا التأمين لدفع تكاليف قليلة حيث خصص للوقاية من التكاليف المرتفعة جداً . ويمتاز كذلك بمشاركة المؤمن عليه في دفع جزء من التكاليف لا يتعدى ٢٠٪ من التكلفة الكلية (المصدر السابق ص ٢٨٨-٢٨٩) .

بدائل تمويل الخدمات الصحية :

أشار (حسن ، ١٩٩٤ ، ص ١٦-٢١) أن نظم تمويل الخدمات الصحية تعتمد على مصادر متعددة تشتمل على :

- التمويل الحكومى عن طريق ما يتم تحصيله من ضرائب وجمارك وعائدات للثروات الطبيعية والاستثمارات العامة للدولة .
- التمويل الخاص سواء من أفراد أو من منظمات هادفة للربح أو غير هادفة للربح .
- التأمين الصحى عن طريق الدفع المسبق من المستفيدين (طرف أول) بالتعاون مع أرباب أعمالهم أو الحكومة إلى مقدمى الخدمة (طرف ثانٍ) من خلال شركات التأمين (طرف ثالث) .
- تمويل أجنبى عن طريق الدول الغنية فى صورة معونات سنوية توجه نسبة منها لتمويل الخدمات الصحية فى الدول الفقيرة ، ويميل هذا النوع من التمويل إلى تغطية التكلفة الرأسمالية فقط للمشروعات الصحية .

و تختلف بدائل تمويل الخدمات الصحية من دولة لأخرى إلا أن البدائل الرئيسية لتمويل هذه الخدمات يمكن حصرها فى الآتى :

١ - الرسوم مقابل الخدمة (Fee For Service) :

ويعتمد هذا الأسلوب على أن يدفع المريض الرسوم المعتادة والمألوفة فى منطقة الخدمة ، وفيما يوفر هذا الأسلوب الحوافز الإنتاجية المرتفعة إلا انه يؤدى إلى التضخم والتوسع فى استخدام الإجراءات ذات المنفعة الهامشية المنخفضة مقابل التكلفة (Moloney and Rogers 1979, PP 1413-19) .

٢ - الخدمات الصحية الوطنية (National Health Services) :

تقدم العديد من الدول الخدمات الصحية المجانية لمواطنيها والمقيمين بها وفق نظم مختلفة أشهرها نظام الخدمات الصحية الوطنية الذى تقدم الدولة من خلاله الخدمات

الصحية لجميع أفراد وشرائح المجتمع حسب الاحتياج الصحى وبغض النظر عن القدرة على الدفع. ويوفر هذا النظام جميع الخدمات الوقائية والعلاجية بما فيها الأدوية وخدمات الأسنان والولادة ورعاية الأمومة والطفولة والتنويم والصحة النفسية من خلال مرافق تتبع للدولة وبواسطة قوى عاملة صحية موظفة بها ويدفع لها مرتبات شهرية ، ويمول النظام من خلال الضرائب العامة ، كما هو الحال فى بريطانيا والدول الإسكندنافية (Roemer 1977, PP15-16) . ويشبه هذا النظام إلى حد كبير النظام المطبق فى المملكة العربية السعودية وبعض الدول الخليجية والعربية الأخرى .

٣ - التأمين الصحى :

يشمل مصطلح التأمين الصحى بشكل عام عدة أنوا ع من العقود التأمينية التى رغم ارتباطها ببعضها البعض إلا أن كل منها يهدف إلى الحماية ضد مخاطر مختلفة ، ويدخل ضمن التأمين الصحى تصنيفان تأمين دخل العجز وتأمين التكلفة الطبية الذى يشمل تكاليف الأطباء والمستشفيات وخدمات التمريض والخدمات الصحية الأخرى ذات العلاقة ، إضافة إلى الأدوية والتجهيزات الطبية ، ويوفر تكاليف الرعاية الطبية الناتجة عن المرض أو الإصابة ، وقد تأخذ المنافع التأمينية عدة أشكال فقد تكون بالتعويض المباشر عن التكاليف إما لمقدم الخدمة أو للمؤمن عليه أو بدفع مبالغ نقدية محددة أو توفير الخدمات مباشرة (Vaughan 1989, P 285) . وقد تقدم خدمات التأمين الصحى فى أى صورة من صور التأمين التجارى أو الاجتماعى أو التعاونى السالفة الذكر ، أو يتم الجمع بين أكثر من صورة منها .

إلا أن تفاقم مشكلات تمويل الخدمات الصحية فى بلدان العالم المختلفة لأسباب متعددة أهمها الارتفاع المطرد فى تكلفة تقديم هذه الخدمات ، والمبالغة أحيانًا فى الاستثمار فى منشآت صحية جديدة بدون اللجوء للتخطيط السليم الذى يأخذ فى الاعتبار التكلفة التشغيلية المستقبلية ، ونقص الموارد الذى قد تختلف أسبابه من دولة لأخرى قد أظهر حاجة ملحة للتفكير فى بدائل أخرى لتمويل الخدمات الصحية . ومن البديهى أن توفر التمويل هو الذى يحدد مدى توافر الخدمات ومدى جودتها . أما نقص التمويل فسيؤدى لا محالة إلى نقص فى الخدمات المتاحة وتدنى جودتها ، كما يؤدى

إلى نقص القدرة على صيانة المنشآت والأجهزة الطبية مما يقلل من عمرها الافتراضى وكثرة أعطالها وانعكاسات ذلك على جودة الخدمة المقدمة .

وفى إطار احتواء / استرداد تكلفة الخدمات الصحية ظهرت عدة بدائل أثبت بعضها نجاحاً فى دول معينة ولا يزال بعضها محل التجربة فى دول أخرى وتشتمل هذه البدائل على :

الرسوم مقابل الخدمة داخل المنشآت الصحية الحكومية :

ويعتمد هذا الأسلوب على أن يدفع المريض رسوماً على الخدمات التى يتلقاها فى المنشآت الصحية الحكومية للمساهمة فى تمويل الخدمات الصحية الأساسية وتحسينها ، ويتمتع المريض مقابل ذلك بخدمات ذات جودة عالية تشبه الخدمات المقدمة بالمستشفيات الخاصة (World Bank, 1987 pp25-30) .

نظام المدفوعات المستقبلية (Prospective Payment System) :

يتم فيه دفع تكاليف الرعاية الطبية من خلال مجموعات مرتبطة تشخيصاً (Diagnosis Related Groups) ، حيث تدفع الدولة أو شركة التأمين الصحى لكل حالة مرضية مبلغاً محدداً وفق المجموعة التشخيصية بغض النظر عن التكاليف التى يتكبدها مقدم الخدمة. ويحفز هذا النظام على تحسين أداء المستشفيات ومقدمى الخدمة وتخفيض الإنفاق غير الضرورى ، وبالتالى يؤدى إلى تخفيض تكلفة الرعاية الطبية (Rosenberg and Browne 2001, PP 84& 94) .

منظمات الحفاظ على الصحة (Health Maintenance Organizations) :

خطة تأمينية توفر من خلالها المنظمات الصحية المشاركة خدمات شاملة للمشتركين مقابل أقساط اشتراك سنوية محددة مسبقاً ، وقد أثبتت فعاليتها فى ضبط التزايد المطرد فى أسعار الخدمات الصحية مقارنة بالطرق التقليدية للدفع (FFS) مع توفير نتائج صحية مماثلة . وتوصلت هذه المنظمات إلى تخفيض تكلفة الرعاية الصحية من

خلال الحد من خدمات التنويم ومن تقليص فترة الإقامة فى المستشفى دون التأثير فى جودة نتائج الرعاية المقدمة (Flood ; Fremont; Jin; Bott; et al. 1998, PP 79&99) .

منظمات الرعاية المفضلة (Preferred Provider Organizations) :

خطة تأمينية تمنح المشتركين من مجموعات كبيرة مثل : النقابات العمالية ومجموعات الموظفين الفرصة للاختيار بين عدد محدد من مقدمى الخدمة التى يتم التفاوض معهم على تقديم الخدمات الصحية بأسعار مخفضة ، ويكون الدفع فى مقابل الخدمة المقدمة ، مع وضع ضوابط لتقليل النفقات وتكون الأسعار أقل فى حال مراجعة المرضى للأطباء والمستشفيات المحددة مسبقًا . ويفضل الموظفون الاشتراك فى مثل هذه المنظمات ؛ لأنها أكثر مرونة وأقل تقييدا من منظمات الحفاظ على الصحة ، كما يفضلها أرباب العمل (Christensen 1991 PP 1-4) .

المكونات الأساسية لنظم التأمين الصحى :

أورد شحاتة (١٩٩٦ ص ٨٧-٩٢) ، و Hsiao (١٩٩٤ ص ٣٩-٤٠) ، وحربى (١٩٩٤ ص ٧٠-٧٢) ثمانية عناصر يجب أن تؤخذ فى الاعتبار ، ويتم دراستها بعناية فائقة عند التخطيط لأى نظام للتأمين الصحى لكونها مكونات أساسية للنظام ، وإذا أهملت بعض جوانبها سيؤثر ذلك حتمًا فى فعالية وكفاءة النظام ، وتشتمل هذه العناصر على :

١ - تحديد المستفيدين (التغطية السكانية) :

يجب أن يراعى عند تحديد الفئات التى سيطبق عليها النظام التدرج فى التغطية وفقًا لمدى توافر التمويل اللازم والمنشآت والتجهيزات والكوادر الصحية القادرة على تطبيق النظام بفعالية وكفاءة ، كما يجب أن يؤخذ فى الاعتبار الظروف السياسية والاقتصادية والاجتماعية السائدة فى المجتمع .

٢ - تحديد مدى شمولية الخدمات المقدمة :

من الأنسب أن يتم البدء بمجموعة خدمات أقل يمكن زيادة مدى شموليتها مستقبلا عن البدء بحزمة خدمات أشمل يتعذر تقليصها فيما بعد ، ويؤخذ فى الاعتبار عند تحديد مدى شمولية الخدمات المقدمة أولويات هذه الخدمات مع وضع أولوية متقدمة لخدمات الرعاية الصحية الأساسية ، كما يجب أن يراعى مدى فعالية تكلفة التدخلات الطبية (cost effectiveness) ومدى توافرها أو إمكانية توفيرها .

٣ - تحديد تكلفة النظام :

يجب القيام بحساب تكلفة النظام على المدى القريب والمدى البعيد للوقوف على إمكانية تنفيذه والاستمرار فيه من عدمه ، ويشمل ذلك حساب تكلفة مدخلات النظام وعملياته .

٤ - تحديد طرق التمويل :

ويمكن أن تكون هذه الطرق من خلال :

- ميزانية الدولة (الضرائب العامة والخاصة والثروات الطبيعية والموارد الأخرى) .
- اشتراكات يتحملها الأفراد المؤمن عليهم .
- اشتراكات يتحملها أرباب الأعمال .
- اشتراكات يتعاون في تحملها كل من أرباب الأعمال والأفراد العاملين لديهم .

٥ - تحديد طرق تقديم الخدمات :

نظم التأمين الصحى الاجتماعى :

وهو تأمين إجبارى بحكم القانون قد ينفذ من خلال هيئة مركزية واحدة تتبعها هيئات فرعية ، أو من خلال أكثر من هيئة للتأمين الصحى ولكل منها فروع تنتشر

جغرافيًا لتغطى بالخدمة التأمينية فئة متجانسة من الأفراد وتقدم خدماتها بإحدى الطرق الآتية :

- تقديم الخدمات من قبل مستشفيات تتبع الدولة .
- تقديم الخدمات من قبل القطاع الخاص بالتعاقد مع الدولة .

نظم التأمين الصحى الخاص :

- تعاقد أرباب الأعمال أو الأفراد أو كليهما معًا مع شركات التأمين الخاصة والتى تقوم بدورها بالتعاقد مع مجموعة من المنشآت الصحية والأطباء لتقديم الخدمات الصحية للمستفيدين الذين تم تحصيل اشتراكات سنوية / شهرية منهم نظير ذلك ، وتقوم شركات التأمين بسداد المطالبات المالية للمنشآت الصحية والأطباء وفقًا لنصوص العقود بينهم .
- تكوين منظمات محلية للحفاظ على الصحة (Health Maintenance Organizations) تملك كل منها أو تتعاقد مع مجموعة من المنشآت الصحية والأطباء لتقديم حزمة شاملة من خدمات التأمين الصحى للمستفيدين مقابل اشتراك سنوى / شهرى ، وبذلك يتم ضمان تكامل الخدمات وجودتها وكفاءة استخدامها من خلال اتباع نظام للتحويل بين المستويات المختلفة للخدمة وفقًا للحاجة الفعلية للمريض مع رقابة استخدام هذه الخدمات .

٦ - تحديد طرق دفع المطالبات المالية لمقدمى الخدمة :

فى حالة التأمين الاجتماعى :

- ميزانية مبنية على عدد المؤمن عليهم ومتوسطات استعمال الخدمات وتكلفتها .
- محاسبة الأطباء بالحالة (بحد أقصى أو بدون) ، بالفترة ، بالساعة ، بالتشخيص أو بالراتب الشهرى .

فى حالة التأمين الخاص :

- تعويض المريض وفقًا للفواتير التى يقدمها فى حدود شروط بوليصة التأمين إذا كانت شركة التأمين تعطيه الحق فى الذهاب لأى مستشفى أو طبيب .
- دفع المطالبات المالية مباشرة للمنشآت الصحية أو الأطباء وفقًا للعقود المبرمة بينهم إذا كان على المريض الذهاب لمجموعة محددة من المستشفيات / الأطباء طبقًا لشروط وثيقة التأمين .

٧ - تحديد تبعية النظام :

يجب تحديد الجهة التى سوف يتبعها النظام ، وإذا كانت جهة حكومية هل تكون وزارة أم هيئة تابعة لوزارة أم هيئة مستقلة .

٨ - إدارة النظام :

وهى العنصر الحاسم فى إنجاح أى نظام وتتطلب وضع مجموعة من النظم الفرعية وتدريب العاملين عليها بصفة مستمرة ، ويشتمل ذلك على نظم السجلات الطبية للمرضى ، نظم المعلومات ، النظم المحاسبية ، نظم ضمان جودة الخدمة ، نظم رقابة الاستخدام واكتشاف حالات الانحراف ، والنظم الإكتوارية.

ومن منطلق أسلوب النظم ، يمكن النظر لأى نظام تأمين على أنه مجموعة من المكونات التى تتفاعل مع بعضها البعض ، وتعتمد على بعضها البعض ، وتتكامل مع بعضها البعض. ويتكون النظام عادة من عدد من النظم الفرعية التى ترتبط وتتحد لتكون النظام الكلى. وتندرج نظم التأمين تحت مظلة النظم المفتوحة ؛ وذلك لكونها فى تبادل ديناميكى مستمر مع بيئتها تؤثر فيها وتتأثر بها .

وتشير أدبيات أسلوب النظم (Rakich, et al. 1985 and Keiser, 1989) إلى أن عناصر أو مكونات أى نظام تشتمل على :

١ - المدخلات :

وهى الإمكانات المتاحة للنظام والتى قد تكون أى شىء وتعتمد هذه المدخلات على المخرجات المرجوة ، بل يجب عند تصميم نظام ما تحديد المخرجات المرجوة أولاً وعندئذ تحدد المدخلات من قوى عاملة ومنشآت ومواد أولية وتجهيزات والعمليات الواجب اتخاذها للوصول إلى المخرجات أو النتائج المتوخاة والأسواق (المستفيدين من النظام) والأموال اللازمة لتشغيل النظام .

٢ - طرق (أساليب) العمل أو العمليات :

وهى الكيفية التى تعالج بها مدخلات النظام حتى يحقق (أو لا يحقق) أهدافه أو مخرجاته . ويوجد أكثر من عملية واحدة فى كل نظام ، وهذه العمليات فى أغلب الأحوال تتطابق مع الأنظمة الفرعية .

٣ - المخرجات :

وهى الأهداف المراد تحقيقها من النظام .

٤ - التغذية المرتدة :

وهى العنصر من النظام الذى يشير إلى الحاجة لإجراء تعديلات أو تغييرات فى استخدام المدخلات أو أساليب العمل من أجل تحقيق أهداف النظام .

٥ - البيئة :

وتنقسم البيئة إلى داخلية وخارجية. والبيئة الداخلية تشتمل على بعض الخواص مثل : الحالة المعنوية للعاملين والمجموعات غير الرسمية وظروف العمل ، وهى أمر يمكن التحكم فيها إلى حد كبير . أما البيئة الخارجية فتتكون من الظروف الخارجية والاشتراطات والأنظمة الحكومية والتطورات الدولية والمنظمات والأفراد الذين يجب على النظام التفاعل معهم ، وهى أمور يصعب التحكم فيها فى أغلب الأحيان .

الوضع الراهن للتأمين الصحى فى المملكة العربية السعودية :

يشكل التأمين الصحى أحد أهم البدائل المتاحة لاحتواء التكاليف المتصاعدة للخدمات الصحية وتمويل هذه الخدمات ، وقد شملت أهداف وسياسات خطط التنمية المتعاقبة الإشارة إلى تطبيق أسلوب مناسب للضمان الصحى التعاونى يلتزم به القطاع الخاص فى علاج مكفوليه (ساعاتى ، ١٩٨٨ و٢٠٠٠ أو ٢٠٠٠ب ومهنا ، ١٩٩٨) .

وفى الوقت الراهن ، على من يرغب فى التأمين الصحى من أرباب الأعمال أو الأفراد أن يتقدم إلى إحدى شركات التأمين العاملة فى مجال التأمين الصحى ويتم استصدار وثيقة للتأمين الصحى تتضمن تقديم الخدمات الصحية التى يتفق عليها لحامل الوثيقة ومنسوبيه. وحامل الوثيقة يجوز أن يكون فرداً أو شركة أو مؤسسة ، وتشتمل هذه الخدمات الصحية فى أغلب الوثائق على إجراء الكشف الطبى بالعيادات الخارجية ، إجراء الفحوصات والتحاليل اللازمة ، صرف الأدوية ، والتنويم لمن تقتضى حالته ذلك ، ولتنفيذ هذا الالتزام تقوم شركة التأمين بالتعاقد مع مستشفى أو عدة مستشفيات خاصة لتقديم هذه الخدمات للمستفيدين من وثيقة التأمين وتصدر شركات التأمين عادة عدة أنواع من الوثائق وفقًا لرغبات حامليها تختلف فيها التغطية الصحية بدرجة كبيرة ، وقد يتحمل صاحب العمل التكلفة الكلية للأقساط التأمينية أو يشترك العاملون لديه معه عن طريق استقطاع جزء من التكلفة من رواتبهم. بالإضافة لذلك ، يقوم بعض أرباب الأعمال بالاتفاق المباشر مع مستشفى خاص لتقديم الخدمات العلاجية لمنسوبيهم نظير مبلغ مقطوع شهرياً عن كل فرد يتم دفعه للمستشفى مقابل تقديم هذه الخدمات (البكر ، ١٩٩٤ ص ٥٧) .

من ناحية أخرى ، تقدم المؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية نوعًا من التأمين يشتمل على فرع المخاطر المهنية وفرع التعويضات. والفرع الأول يغطى المخاطر الناشئة من إصابات العمل والأمراض المهنية ويشارك فيه عمال شركات القطاع الخاص بموجب مساهمة تبلغ نسبتها ٢٪ من الراتب ويتحملها أرباب الأعمال . وتشتمل المنافع الطبية لهذا النوع من التأمين على دفع تكلفة الرعاية الطبية وتكلفة الرسوم اليومية للمستشفى فى حالات التنويم ، بالإضافة إلى تعويض يمنح فى حالات العجز الكلى أو الجزئى المستديم (المصدر السابق ، ص٥٨) .

تجارب بعض الدول فى التأمين الصحى :

سنقدم فيما يلي وصفًا موجزًا لأنظمة التأمين الصحي في مجموعة من الدول المتقدمة والنامية لمقارنتها مع نظام الضمان الصحى التعاونى المزمع تنفيذه ، وتشمل مجموعة الدول المتقدمة على كل من الولايات المتحدة الأمريكية ، كندا ، السويد ، اليابان ، روسيا ، بريطانيا وفرنسا ، فى حين تشتمل مجموعة الدول النامية على كل من البرازيل ، شيلى ، مصر ، المغرب ، المكسيك وسنغافورة .

١ - الولايات المتحدة الأمريكية :

تنعدم النظرة إلى الرعاية الصحية كأحد الحقوق المدنية للمواطن فى النظام الأمريكي الذى يعتمد أساساً على التأمين الطبى الخاص مع مساعدة حكومية فدرالية لغير القادرين وكبار السن والمتقاعدين من القوات المسلحة ، وتقدم هذه المساعدة من خلال :

- برنامج الرعاية الطبية لرعاية كبار السن فوق الخامسة والستين من العمر وذوى العجز الخطير (Medicare) .
- برنامج المساعدة الطبية لرعاية الفقراء وغير القادرين (Medicaid) .
- برنامج المحاربين القدماء (VA) ويتولى أمر الإنفاق الصحى على المتقاعدين من القوات المسلحة ويوفر مستشفيات خاصة لهم فى جميع أنحاء الولايات المتحدة .

وفى الآونة الأخيرة ، ونتيجة للارتفاع الحاد فى تكاليف الخدمات الصحية ظهرت مشاريع الرعاية الصحية المدارة اقتصادياً لتحل محل التأمين الصحى التقليدى الذى انخفضت نسبته من ٩٦٪ فى عام ١٩٨٠م لتصل إلى ٥٪ فقط فى عام ١٩٩٠م ، ليحل محله صور أخرى من خطط إدارة الرعاية الصحية (البكر ، ١٩٩٤ ص ٤٨) .

وتشتمل خطط الرعاية الصحية المدارة اقتصادياً على :

منظمات الحفاظ على الصحة (Health Maintenance Organizations) :

خطة تأمينية توفر من خلالها المنظمات الصحية المشاركة خدمات شاملة للمشتركين بأسعار محددة مسبقًا وقد أثبتت فعاليتها فى ضبط التزايد المطرد فى أسعار الخدمات الصحية مقارنة بالطرق التقليدية للتأمين .

منظمات الرعاية المفضلة (Preferred Provider Organizations) :

خطة تأمينية تمنح المشتركين الفرصة للاختيار بين عدد من مقدمي الخدمة ، ويكون الدفع في مقابل الخدمة المقدمة ، مع وضع ضوابط لتقليل النفقات وتكون الأسعار أقل في حال مراجعة المرضى لأطباء ومستشفيات معينة (ابن سعيد والعمر ، ١٩٩٦ ص ١٠٥) .

وبالنسبة للأشخاص الذين لا تتم تغطيتهم بأحد هذه الطرق ولا يستطيعون الحصول على تأمين صحي خاص ، فهم يتعرضون لمخاطر صحية شديدة . وعلى الرغم من الإنفاق الكبير على الرعاية الصحية إلا أنه هناك أكثر من ٣٥ مليون أمريكي بدون أي حماية مالية من تكاليف الرعاية الصحية وبدون أي تغطية تأمينية صحية من أي نوع (Enthoven and Kronick, 1989 p29) .

وعلى الرغم من تقدم البحوث الطبية وتطور المستشفيات الأمريكية وتزويدها بأحدث الأجهزة والتقنيات ، إلا أن الولايات المتحدة أخذت في التقهقر خلف بعض البلدان الأخرى فيما يتعلق بالمؤشرات الصحية . حيث تنفق هذه البلدان نسبة أقل من ناتجها القومي العام على الخدمات الصحية وتحصل على رعاية طبية أفضل ومعدلات أقل لوفيات الرضع وتوقعات أعلى لمتوسط الحياة عند الولادة ووفيات أقل للناس في مرحلة الحياة المنتجة. وتعزى بعض هذه النتائج إلى توزيع الرعاية الصحية المتفاوت ، حيث ينال الفقراء والمسنون رعاية محدودة رغم احتياجهم الحاد . ففي المحصلة النهائية رغم التشريعات الفدرالية والتأمين الخاص إلا أن النظام الصحي الحالي عاجز عن أن يقدم إلى جميع شرائح المجتمع مستوى الرعاية الصحية المتقدم الذي يمكن أن يقدمه المجتمع الطبي الأمريكي ، فمن الواضح أن النظام الصحي الأمريكي يفتقر إلى عنصر يوجد لدى جميع البلاد الصناعية الأخرى ، هذا العنصر هو نظام صحي أو تأميني وطني (Vaughan, 1989 PP 288-299) .

ومع شبه الإجماع على الحاجة لمثل هذا النظام إلا أن هناك اختلافًا على دور الحكومة فيه ، ويشير بليندون (in Editorials, 1991) إلى تمحور المقترحات المقبولة لحل مشكلة القلق المتزايد نحو إمكانية حصول غير المؤمن عليهم على الرعاية الصحية ، وارتفاع تكلفة الرعاية الصحية اللذين أديا إلى عدم رضا الأمريكيين عن نظام الرعاية الصحية الحالي في أحد أربعة محاور هي :

١ - نظام تأمين خاص إلزامى يستند إلى أرباب العمل ، مع تأمين الدولة على غير العاملين والمعوزين .

٢ - برنامج يتطلب من أرباب العمل توفير التأمين لموظفيهم أو دفع ضريبة على الدخل مع تأمين الدولة على غير العاملين والمعوزين .

٣ - برنامج اعتمادات ضريبية مرتبطة بالدخل للأفراد ومستقلة عن أرباب عملهم ، لشراء التأمين الخاص .

٤ - نظام تأمين حكومى بالكامل .

وبين الكاتب أنه رغم أن المحاور الأربعة تسعى إلى تحقيق إمكانية حصول الجميع على الرعاية الصحية من خلال تحسين التغطية التأمينية إلا أنها تختلف فى كيفية تحقيق ذلك ، ولا يوجد إجماع على أفضل المحاور للتنفيذ. كما يجب الأخذ فى الاعتبار عند مقارنة المقترحات المختلفة العوامل غير المالية التى قد تعيق إمكانية حصول الجميع على الرعاية الصحية .

وكان الرئيس السابق للولايات المتحدة بيل كلينتون قد حاول إصلاح الأنظمة الحالية من خلال تبنى مشروع تأمين صحى وطنى يوفر الرعاية الطبية لجميع مواطنى الولايات المتحدة ، ولكن المشروع تعثر تمريره بالكونجرس الأمريكى ، ولخص البكر (١٩٩٤ ص ٤٩-٥٠) أهم خصائص هذا المشروع فى النقاط التالية :

* تغطية جميع المواطنين بمظلة التأمين الصحى .
* توفير حرية الاختيار بين عدة خطط تأمينية .
* التمويل من خلال مشاركة أرباب العمل والعاملين فى التكلفة .
* ضمان جودة الخدمات المقدمة .
* سهولة التطبيق .

٢- كندا :

تطور النظام الصحى الكندى إلى صورته الحالية خلال الأربعة عقود ونصف الماضية ، وقد كانت البداية فى مقاطعة ساسكاتشوان فى عام ١٩٤٧م حين بدأت

المقاطعة في إنشاء تأمين صحى لتغطية نفقات التنويم في المستشفيات ، وبعد عشر سنوات تم تشريع تأمين خدمات المستشفيات من قبل الحكومة الفدرالية ، وفى ١٩٦١م كانت جميع المقاطعات قد وفرت خطط تأمينية للتغطية الشاملة لخدمات المستشفيات . وفى عام ١٩٦٢م كانت لمقاطعة ساسكاتشوان الريادة مرة أخرى فى توفير خطط تأمينية لخدمات الأطباء خارج المستشفيات ، وفى ١٩٦٨ أصدرت الحكومة الفدرالية قانون الخدمات الطبية . وفى عام ١٩٧٩م صدر تقرير يظهر أن الخدمات الصحية فى كندا تقع ضمن الأفضل فى العالم ، ولكن التقرير حذر من تأثير الفواتير المبالغ فيها من قبل الأطباء ورسوم الاستخدام التى تفرضها المستشفيات على توفير الخدمة ، ونتيجة لذلك أصدر البرلمان القانون الصحى الكندى (The Canada Health Act) فى عام ١٩٨٤م وبمقتضى هذا القانون تفرض غرامات مالية على المستشفيات والأطباء غير الملتزمين بالمعايير الموضوعة للمحاسبة على الخدمات المقدمة (Canada Health on Line, 2001 & Adams, 1984 pp 64-77) .

ويشتمل القانون الصحى الكندى على خمسة مبادئ تعد بمثابة الأعمدة الأساسية للنظام الصحى الكندى ، ويضمن القانون لجميع السكان فى كندا الوصول للخدمات الصحية الضرورية للمستشفيات والأطباء على أساس الحاجة وليس المقدرة على الدفع من خلال وضع المعايير والشروط التى يجب على المقاطعات أن توفرها للحصول على ما يستحقونه من النقد كاملاً وفقًا للائحة التحويل المالى والاجتماعى الكندى (Canada Health And Social Transfer) .

والمبادئ الخمسة للقانون الصحى الكندى (Canada Health Act, 2001) هى :

- **العمومية** : توفير جميع الخدمات الصحية المتاحة لجميع السكان المؤمن عليهم وبشروط موحدة .
- **الشمولية** : تقديم جميع الخدمات الصحية المؤمن عليها التى يوفرها الممارسون الطبيون وأطباء الأسنان والخدمات الصحية الأخرى .
- **المتاحية** : توفير إمكانية الوصول إلى خدمات الأطباء والمستشفيات بدون حواجز مالية أو التحيز على أساس الدخل أو العمر أو الوضع الصحى .
- **التجوالية** : ضمان التغطية عند غياب المواطن من مكان إقامته أو سفره فى أرجاء البلاد .

- **الإدارة العامة** : تفعيل النظام بواسطة جهاز حكومى تحدده الحكومة المحلية وعلى أساس غير ربحى (Canada Health on Line, 2001) .

ويتميز التأمين الصحى الوطنى الكندى باتجاهه نحو اللامركزية ، ويموَل من الميزانية العامة للدولة من حصيلة الضرائب العامة وفق تشريع تمويل البرنامج الذى ينص على أن المساهمة الفدرالية نحو برامج تأمين الرعاية الصحية فى المناطق تكون بمبالغ نقدية ونقاط ضريبية على أساس عدد سكان الولاية ومؤشر النمو الاقتصادى ، ويقدم تغطية صحية متميزة للمواطنين نتيجة للشروط التى تضعها الحكومة الاتحادية لمنح المساعدات للمقاطعات ومنها شمولية وكفاية التغطية التأمينية للسكان. وللمواطن حرية اختيار الطبيب المعالج ، الذى يتم الدفع له من قبل الوكالة الحكومية المفوضة بذلك على أساس الرسوم مقابل الخدمة وفق تسعيرة تم التفاوض عليها مع الحكومة المحلية (Pagtakhan,1995) .

وتشترك الحكومة الفدرالية والمقاطعات فى لعب دور أساسى فى تسيير النظام الصحى الكندى ، وتنحصر مسئولية الحكومة الفدرالية فى الآتى (Canada Health online, 2001) :

* وضع المبادئ والمعايير الوطنية للنظام الصحى والعمل على تحقيقها .
* المساعدة فى تمويل الخدمات الصحية للمقاطعات .
* توفير الخدمات الصحية الوقائية للأفراد سكان المحميات وأفراد القوات المسلحة ونزلاء السجون الفدرالية وقوات البوليس الكندية الملكية من الخيَّالة .

فى حين تنحصر مسئولية حكومات المقاطعات فى التالى :

* تقديم وإدارة الخدمات الصحية .
* تخطيط وتمويل وتقويم خدمات المستشفيات والأطباء والكوادر الصحية المساعدة .
* إدارة بعض الجوانب المتعلقة بالصحة العامة .

وبناء على تقسيم المسئوليات تقوم حكومات المقاطعات بتوفير الخدمات الصحية وإدارة نظام التأمين الصحى الوطنى من خلال القطاع الخاص ، وقد ساعد ذلك على زيادة كفاءة التشغيل . ومعظم الأطباء فى كندا يعملون بالقطاع الخاص سواء مستقلين أو من خلال الممارسات الجماعية ويتمتعون بدرجة كبيرة من الاستقلالية ، ويتم تعويضهم ماليًا على أساس الدفع مقابل الخدمة .

٣ - فرنسا :

أشار التقرير الصحى السنوى لسنة ٢٠٠٠م لمنظمة الصحة العالمية أن فرنسا لديها أفضل خدمات صحية وأكثرها متاحية بمتوسط تكلفة للفرد يعد الرابع على مستوى العالم. وقد جاء ترتيب فرنسا الأول على العالم فيما يتعلق بفعالية النظام الصحى . ويعتمد النظام الصحى الفرنسى على ثلاثة مبادئ هى :

- عمومية التغطية من خلال نظام حكومى يغطى المخاطر والتعويضات .
- متاحية الرعاية وحرية الاختيار للمريض .
- التعاون بين القطاعين العام والخاص فيما يتعلق بالمستشفيات وتمويل الخدمات الصحية .

وتقوم الحكومة بلعب الدور الرئيسى فى إدارة النظام الصحى الفرنسى ؛ وذلك لضمان مصلحة السكان وتحسين صحتهم العامة (The Health Care System in France, 2001 P 1) .

ويتميز نظام التأمين الصحى الوطنى الفرنسى بالمركزية ، إذ يدار بواسطة هيئة الضمان الاجتماعى ويعتمد على وزارة الشئون الاجتماعية والتكافل الاجتماعى فى أمور التمويل وعلى وزارة الصحة فى النواحى الإدارية (البكر، ١٩٩٤ ص٤٧) . ومن أهم خصائص النظام الفرنسى حرية الخيار للمستفيد وبدون أى محدودية فى الوصول إلى الممارسين العامين ويشملون الطبيب العام وأخصائى الوخز بالإبر الصينية وأطباء الأطفال ، وكذلك إمكانية الذهاب مباشرة إلى الاختصاصى مثل : الطبيب النفسى وأخصائى أمراض النساء وأخصائى الأمراض الجلدية والعيون وغيرهم ، إضافة إلى إمكانية الذهاب إلى ممارسين مثل : أطباء الأسنان وجراحى الفم وأخصائى رعاية القدم والقابلات واسترجا ع رسوم خدماتهم من الضمان الاجتماعى ، وحتى إمكانية الذهاب إلى المستشفى دون تحويل من الطبيب (Zylberberg, 1995 PP 89-94) .

وتقدم خدمات التنويم من خلال المستشفيات العامة والخاصة ، وتمتلك المستشفيات العامة ٦٤,٨٪ من مجموع أعداد الأسرة فى فرنسا ، وتركز خدماتها إلى حد كبير فى مجال الطب الباطنى والأمراض النفسية ، فى حين تركز المستشفيات الخاصة خدماتها فى مجال الجراحات والتوليد . وللتنسيق بين المنشآت الصحية المختلفة فيما

يتعلق بتوزيع الإمكانات المتاحة ولمنع أى تضارب فى أدائها تم فى عام ١٩٩٦م إنشاء هيئات محلية للمستشفيات (Regional Hospital Agencies) لتحقيق هذا الهدف . (The Health Care System in France, 2001 p 2)

وفى ظل نظام تأمين المرض المعمول به ، يدفع المريض رسوم الطبيب ويتم تعويضه من خلال الضمان الاجتماعى ، وكذلك يتم تعويض المريض عن رسوم خدمات الأشعة وخدمات الفحوص المخبرية والعلاج الطبيعى وعلاج النطق وخدمات التمريض . ومن المبادئ الأساسية لنظام التأمين الفرنسى المشاركة فى التكلفة من قبل المريض ، حيث تتحمل الأسرة (Household) ١١,٣٪ من التكلفة . وتقوم بعض المنظمات بتقديم تأمين تكميلى (شركات تعاونية وخاصة) ، وتغطى هذه الشركات ١٢,١٪ من التكلفة ، ويستفيد من خدماتها ٨٧٪ من السكان . ويتم توفير الخدمات الوقائية وخدمات المستشفى وخدمات الرعاية طويلة الأمد من خلال نظام الخدمات العامة والتى يتم التعويض عن رسومها بالكامل . أما الرعاية فى العيادات الخاصة التى توفر رعاية متخصصة فيتم التعويض عن رسومها جزئيًا . كما يدفع الضمان الاجتماعى تعويضًا عن الأدوية التى يصفها الطبيب . ويمكن لأى فرد أن يستفيد من الخدمات التى يقدمها التأمين الصحى بعد قضاء ١٢٠ ساعة عمل فى وظيفة بأجر فى الشهر السابق لطلب الخدمة ، أو قضاء ٦٠٠ ساعة عمل بأجر فى الستة شهور السابقة على طلب الخدمة (المصدر السابق ص ٢) .

ويتم تمويل الرعاية الصحية فى فرنسا من خلال نظام التأمين الصحى الوطنى الإلزامى ضمن نظام الضمان الاجتماعى الذى يمول بدوره من مساهمات أرباب العمل والمساهمات الاجتماعية العامة المعتمدة على الدخل ، وتعد المساهمات التى تقتطع من الرواتب حاليًا قليلة للغاية . ويتكون نظام الضمان الاجتماعى من عدة ترتيبات أهمها يتكون من ثلاثة فروع هى : الأسرة والمسنين والرعاية الصحية . ويغطى فرع الرعاية الصحية فى الوقت الراهن جميع السكان ، وتبلغ نسبة تمويل القطاع العام من خلال هذا التأمين ٧٨٪ من إجمالى ما ينفق على الرعاية الصحية فى فرنسا (Zylberberg, 1995) .

٤ - السويد :-

بدأ ظهور نظام التأمين الاجتماعى فى السويد فى القرن الماضى مع صدور أول تشريع للتأمين الاجتماعى ضد المرض فى سنة ١٨٩٠م ، وتلا ذلك ظهور تشريع للتأمين ضد الإصابات المهنية فى ١٩٠١م ، ثم تشريع معاشات التقاعد والعجز فى سنة ١٩١٣م ، أما الخصائص الحالية لنظام التأمين الاجتماعى فى السويد ، فقد تبلورت خلال فترة الخمسينيات والستينيات من القرن الماضى . وتغطى مظلة التأمينات الاجتماعية فى السويد حاليًا جميع السكان والمقيمين ، ويندرج تحت هذه المظلة ثلاثة أقسام رئيسية للخدمات تدار من قبل المجلس الوطنى للتأمينات الاجتماعية ومكاتب التأمينات الاجتماعية . **القسم الأول** : يوجه خدماته إلى الآباء والأطفال ، **والثانى** : للمرضى والمصابين بالعجز ، أما **القسم الثالث** : فيوجه خدماته لكبار السن والأرامل من النساء والرجال . ويهدف هذا النظام إلى توفير الضمان الاقتصادى للسكان والعمل على إعادة توزيع الثروة بين الفترات المختلفة فى حياة الأفراد وبين المجموعات المختلفة من السكان عن طريق دفع مبالغ تتناسب مع الدخل فى حالات انقطاع الدخل نتيجة المرض ، الحوادث ، العجز، إجازات رعاية الأطفال ، أو التقدم فى العمر (National Social Insurance Board, 1999a pp 17-20) .

وفى ظل هذا النظام يتحتم على الأفراد الذين يتجاوز دخلهم الشهرى (٢٣٠٠٠ sek) أن يتمموا تغطيتهم التأمينية بالاشتراك فى نوع آخر من التأمين ليضمنوا توفير دخلهم بالكامل فى حالة انقطاعه لأى سبب من الأسباب السالفة الذكر . ويندرج نظام التأمين الصحى الوطنى فى السويد تحت مظلة التأمينات الاجتماعية ، حيث تعد الرعاية الصحية مهمة القطاع العام ولا يعمل فى القطاع الخاص إلا ٨٪ فقط من الأطباء . ويتم تنظيم الخدمات الصحية والطبية فى برنامج شامل موحد متسق يعم البلاد بكاملها ، ويوفر الرعاية الصحية لكل فرد من أفراد المجتمع ، ويمتاز بالمساواة فى إتاحة الخدمات لجميع السكان. وكان الاستخدام يعتمد بشكل خاص على خدمات المستشفيات إلى أن تم تعميم نظام الطبيب العام ، حيث يسجل جميع السكان مع طبيب عام يدفع له حسب عدد المشتركين . وتضع وزارة الصحة والشئون الاجتماعية الخطط العامة للخدمات ، ويدير النظام المجلس الوطنى للصحة والشئون الاجتماعية ،

وهو الجهة الرسمية المسؤولة عن الرعاية الصحية فى السويد ، ويشرف على الرعاية الطبية الحكومية والخاصة . أما مسؤولية الخدمات الصحية الشخصية والرعاية الطبية فى العيادات الخارجية وخدمات التنويم فتقع على عاتق ٢٣ مجلسًا إقليميًا وثلاثة مجالس بلدية كبيرة تدير بجانب ذلك الخدمات الحكومية لرعاية الأسنان (المصدر السابق ص ٢١-٢٧) .

ويتميز هذا النظام باعتماده على المشاركة فى التكلفة من قبل المرضى الذين يدفعون حوالى ٢٠٪ من التكلفة ، وبإمكان المريض الحصول على الرعاية من اختصاصى خارج النظام ويتحمل كامل التكلفة (Roemer, 1977 P 27) .

ويتم تمويل النظام من الضرائب التصاعدية على الرواتب التى تجبيها ٢٦ هيئة إقليمية تتولى توفير الرعاية الطبية ضمن مناطق جغرافية محددة والاشتراكات التى يدفعها المستفيدون ، بالإضافة إلى الدعم المالى الذى تقدمه الحكومة المركزية نفسها . وتعد التأمينات الاجتماعية فى السويد إلزامية على جميع المواطنين ، بالإضافة للمقيمين الأجانب (Calltrop,1995 P 103-108) .

وقد بلغ إجمالى المصروفات على التأمين الصحى فى عام ٢٠٠٠م حوالى (٨٧,١ بليون sek) فى حين بلغت قيمة الاشتراكات التأمينية التى تم جمعها من المستفيدين (٧٤,٦ بليون sek) وتم تغطية الفرق من ميزانية الحكومة المركزية ، ومن المتوقع أن تستمر زيادة المصروفات على التأمين الصحى خلال السنوات المقبلة (National Social Insurance Board, 1999b P.30) .

٥- اليابان :

بدأت الحكومة اليابانية فى إدخال نظام التأمين الصحى عام ١٩٢٧م ، وامتدت التغطية التأمينية لتشمل جميع السكان فى ١٩٦١م . وفى الفترة من ١٩٧٢ إلى ١٩٧٤م ازدادت شمولية التغطية لتوفر منافع أكثر للمشتركين ، وفى نفس الوقت انخفضت نسب المشاركة فى التكلفة التى يدفعها المؤمن عليهم (Co-payment) ، وقلت الفروق بين خطط التأمين المختلفة وأصبح لكبار السن الحق فى التمتع بجميع

الخدمات المغطاة بدون دفع نسب المشاركة فى التكلفة . وتضمن برامج التأمين العامة والخاصة فى اليابان الرعاية الصحية لجميع المواطنين ، ويمكن للمرضى العلاج فى أى مستشفى أو عيادة يختارونها ، ويحظى الأطفال خلال السنة الأولى من العمر برعاية صحية مجانية . ويوجد فى اليابان ثلاث مجموعات رئيسية للخطط التأمينية وهى (Ikeda, 1999 p 1) :

* **المجموعة الأولى** : تشمل التأمين المدار بواسطة المجتمع (community-managed) وتقدم خدماتها للعاملين فى الشركات الكبيرة وأسرهم . كما تشمل نوع من التأمين التبادلى يقدم خدماته للعاملين فى القطاع العام بواسطة منظمات تأمين خدمية (Mutual Aid Associations) .
* **المجموعة الثانية** : تشمل التأمين الصحى المدار بواسطة الحكومة وتقدم خدماتها للعاملين فى الشركات الصغيرة .
* **المجموعة الثالثة** : تشمل التأمين على أصحاب الأعمال الخاصة من غير العاملين فى الحكومة والمتقاعدين (Citizens' Health Insurance) .

ووفقًا لنظام التأمين الصحى فى اليابان يتحتم على كل فرد أن ينضم لأحد الخطط التأمينية السالفة الذكر ، ورغم أن المشتركين فى أى من المجموعات الثلاث السالفة الذكر يختلفون عادة فى مستوى الدخل والمخاطر المرضية المعرضين لها ، إلا أنهم يتمتعون بنفس المزايا بالنسبة للخدمات التى يغطيها التأمين . ويتم تقديم الخدمات من خلال شبكة من العيادات والمستشفيات يمتلك القطاع الخاص الجزء الأكبر منها ، فحوالى ٨٠٪ من المستشفيات اليابانية يمتلكها الأطباء (وهى فى الغالب مستشفيات صغيرة) ، وتمتلك هذه المستشفيات أحدث التقنيات التشخيصية مثل : أجهزة الأشعة المقطعية والرنين المغناطيسى . ورغم أن المستشفيات الكبيرة المملوكة للقطاع العام والجامعات تقوم بإجراء ما يقرب من ٧٥٪ من العمليات الجراحية التى تحتاج إلى تخدير عام ، إلا أنها لا تمتلك أكثر من ٤٠٪ من عدد الأسرة فى اليابان . ويقوم الكثير من المستشفيات الصغيرة المملوكة لأطباء بالعناية طويلة الأجل بالمرضى كبار السن (بما يشبه بيوت المسنين) ، كما يعمل حوالى ٣٣٪ من الأطباء فى اليابان فى عياداتهم الخاصة ، ويقدمون من خلالها العناية الصحية الأساسية (المصدر السابق ، ص ٢) .

ويتم تمويل نظام التأمين الصحى اليابانى من خلال أقساط التأمين التى يدفعها المشتركون أو تدفع عنهم، إضافة إلى الدعم الحكومى الذى يغطى بعض المنافع وتكاليف التشغيل ، وذلك بمساهمة كلٍ من الحكومة المركزية والحكومات المحلية وفقًا للوضع المالي للبرنامج ، فمثلا لا ينال برنامج التأمين على موظفى الشركات الكبرى إلا دعمًا حكوميًا قليلاً ، فيما يتمتع برنامج موظفى الأعمال التجارية الصغيرة بدعم أكبر . وتتفاوت قيمة القسط التأمينى الذى يدفعه المشترك من برنامج لآخر ، إلا أنه بصفة عامة يكون بمساهمة مشتركة متساوية من كل من رب العمل والموظف بما لا يتعدى ٨,٥٪ من راتب الموظف ، كما تحدد أقساط بعض البرامج وفقا لعدد أفراد أسرة المشترك ومستوى دخله . ويدفع المريض جزءًا من تكلفة بعض أنواع العلاج والدواء الذى يتلقاه ويدفع المؤمن المتبقى بعد موافقة اللجنة المشرفة على مدفوعات التأمين . وقد تم تحديد وتعميم رسوم العلاج للإجراءات والتدابير والأدوية المختلفة فى جميع أرجاء البلاد . وتشمل منافع التأمين الصحى العلاج وخدمات الأطباء والتنويم ورعاية الأسنان والرعاية الصحية المنزلية والرعاية التمريضية المنزلية للمسنين (Japanese Health and Welfare System, 2002 PP 2-3) .

وتقوم الحكومة اليابانية بوضع أسعار محددة للخدمات الصحية المختلفة ووضع الضوابط الصارمة لعدم الإخلال بهذه الأسعار ، كما تقوم بالمراجعة الدورية لهذه الأسعار بناء على نسب التضخم السنوية ، ويشرف على نظم التأمين المجلس المركزى للتأمين الاجتماعى الطبى (The Central Social Insurance Medical Care Council) . من جهة أخرى ، يتقاضى الأطباء رواتب ثابتة من المستشفيات بغض النظر عن عدد الحالات التى يتعاملون معها أو الدخل الذى يجلبونه للمستشفى (Ikeda, 1999 P2) .

ويعانى الكثير من المستشفيات من نقص فى التمويل فى ظل الأسعار الموضوعة من قبل الحكومة ، خاصة أن الخدمات ذات التقنيات العالية يتم تسعيرها فى الغالب بأقل من التكلفة . ونتيجة لهذه المعاناة المالية أقدمت جميع الخطط التأمينية منذ سبتمبر ١٩٩٧م على رفع قيمة الاشتراكات بنسب متفاوتة ، كما تم رفع نسب المشاركة فى التكلفة التى يتحملها المستفيدون من الموظفين من ١٠٪ إلى ٢٠٪ وفرض رسوم إضافية على الأدوية المنصرفة لجميع المرضى (المصدر السابق ص ٥) .

وفى مقالة حديثة (Hall, 2001) ، أشار الكاتب إلى أن نظام التأمين الصحى فى اليابان يوشك على الانهيار ما لم تتدخل الحكومة لإصلاحه . وكانت الحكومة قد تبنت برنامجًا للإصلاح من عامين ولكنه قد تم تأجيله ، وتتكون العناصر الأساسية لهذا البرنامج من :

- زيادة مشاركة المرضى فى التكلفة .
- إنشاء برنامج تأمين صحى مستقل لكبار السن .
- إدخال طريقة الدفع وفقًا لمجموعات التشخيصات (Diagnosis Related Groups) .
- استخدام تسعيرة مرجعية للأدوية (Reference pricing) .

٦ - بريطانيا :

بدأت دولة الرفاهة الحديثة فى بريطانيا مع صدور القانون الوطنى للتأمين فى عام ١٩١١م. فبموجب هذا القانون تم إنشاء نظام تأمين إجبارى على الطبقة العاملة ، مما قوّض الحركة العمالية لمساعدة النفس ، حيث إن الدولة أصبحت مسئولة عن ترتيب شئونهم بعد صدور هذا القانون . ثم جاء تقرير "Beveridge" فى عام ١٩٤٢م ليزيد من المكاسب التى تحققت مع بداية القرن الماضى ويوصى بإنشاء دولة رفاهة شاملة جامعة ، وكان من أهم توصيات هذا التقرير إنشاء خدمات صحية وطنية . وفى عام ١٩٤٤م صدرت الورقة البيضاء "الخدمات الصحية الوطنية اشتملت على ثلاثة عناصر رئيسية هى (Pollard, 1999 p1) :

* ضمان توفير الفرص المتساوية لجميع السكان للحصول على الخدمات الطبية التى يحتاجونها بصرف النظر عن الإمكانات المالية أو العمر أو الوظيفة .
* فصل العناية بالصحة عن الإمكانات الشخصية وتقديم الخدمة الصحية مجانًا ، فيما عدا بعض الرسوم المحتملة والمتعلقة بالمستلزمات .
* توفير خدمات شاملة تغطى جميع أوجه الطب الوقائى والعلاجى .

وقد وضعت هذه المبادئ فى صورة تشريعية فى قانون الخدمة الصحية الوطنية الذى صدر عام ١٩٤٦م . وبمقتضى هذا القانون تم منح وزير الصحة السلطة لنقل

ملكية أى مستشفى يراها مناسبة إلى الملكية العامة للدولة ، وبالتالى تم تنظيم هذه المستشفيات تحت مظلة المجالس الصحية المحلية كنظام شامل للخدمة الصحية المجانية الذى مازال يعمل بهذا النهج حتى الآن رغم إعادة تنظيمها عدة مرات فى أعوام ١٩٧٤ و١٩٨٢ و١٩٩٠م ولكن دون المساس بمجانية العلاج .

ويشبه هذا النظام فى بعض جوانبه النظم الصحية الموجودة ببعض البلدان العربية التى تقدم خدماتها مجانًا للسكان ، حيث لا توجد اشتراكات مالية فى مؤسسة عامة للتأمين الصحى ، ولا توجد إجراءات محاسبية يجب أن يتبعها المريض عند تردده على العيادات أو عند التنويم بالمستشفيات . ويتم تمويل النظام بنسبة ٩٠٪ من حصيلة الضرائب العامة والباقى من ضريبة الضمان الاجتماعى (الفقيه ، ١٩٩٨ ص ١٦) .

وتنقسم الخدمات الصحية الوطنية إلى خدمات الرعاية الصحية الأولية التى يقوم بها الممارس العام ، وخدمات الرعاية الصحية المتخصصة التى تقدم عن طريق الأخصائيين بالمستشفيات . والممارس العام هو نقطة اتصال المريض بالنظام ، وللمريض الحق فى اختيار الممارس العام الذى يرغبه ، كما للأخير حرية الرفض أو قبول المريض ضمن مرضاه . وللحصول على خدمات الأخصائيين يجب أن يتم التحويل من قبل الممارس العام إلا فى الحالات الطارئة (البرعى ، ١٩٩٧ ص ١٢-١٣) .

وتشمل منافع النظام خدمات التنويم والخدمات الطبية العامة التى تشمل خدمات الأطباء العامين وأطباء الأسنان وأطباء العيون والخدمات الصيدلانية ، وكذلك الخدمات الصحية المحلية التى تشمل خدمات الأمومة ورعاية الأطفال وخدمات التمريض المنزلى والتحصينات وبعض خدمات الصحة النفسية ، إضافة إلى المستشفيات التخصصية التى توفر خدمات التنويم والعيادات الخارجية والرعاية النهارية للمرضى ، بما فى ذلك خدمات الأطباء الاختصاصيين .

بجانب الخدمات الصحية الوطنية التى تقدم مجانًا للمرضى ، ابتدأ القطاع الصحى الخاص فى النمو وابتدأ التأمين الصحى التجارى يجد تشجيعًا ، وقد وصلت نسبة السكان الذين لديهم تأمين صحى خاص ١٣٪ فى سنة ١٩٩٦م ، كما وصلت نسبة العمليات الجراحية التى يتم إجراؤها فى مستشفيات القطاع الخاص ٢٠٪ (الفقيه ، ١٩٩٨ ص ١٩) .

٧ - روسيا الاتحادية :

تميز نظام الرعاية الصحية السوفيتي بإنجازاته الرائدة فى توفير الرعاية الصحية للجميع ضمن الخدمات العامة المجانية منذ الثلاثينيات الميلادية ، إذ اعتبر القادة السوفييت أن توفير الخدمات الصحية الشاملة المجانية ذات الجودة العالية هدف رئيسي ، إضافة إلى أنها إنجاز أساسي للدولة الاشتراكية . وتعود أهمية الرعاية الطبية الشاملة إلى بدايات عهد الثورة وتضمين حق المواطن فى الخدمة الصحية المجانية رسمياً ضمن برنامج الحزب الشيوعي عام ١٩١٩م ، وتمت إدارة تلك الخدمات من خلال مفوضية الشعب للصحة العامة ، وبحلول عام ١٩٣٧م تم تأميم جميع المستشفيات والمرافق الصحية وتنظيمها على مستوى المناطق وزيادة أعداد القوى العاملة الصحية لتأمين الخدمات للجميع ، وأصبحت صحة جميع المواطنين مسؤولية الدولة دون أى اعتبارات إلى التكلفة. ونجح النظام الصحى فى مكافحة الأمراض المعدية ورفع المستوى الصحى للسكان حتى أواخر الأربعينيات الميلادية وفى الخمسينيات والستينيات ارتفع معدل الأمراض المزمنة مما أدى إلى تطبيق الفحوصات الطبية السنوية للمواطنين والتوجه إلى سياسة تطوير الطب الوقائي وتحسين مستوى وجودة المرافق الصحية من خلال برنامج لبناء المستشفيات العامة والتخصصية (Dmitriev et al., 2001 pp 1-7) .

ومنذ انهيار الاتحاد السوفيتي عانى النظام الصحى فى روسيا من نقص شديد فى التمويل ، وأصبح غير قادر على مساندة الضمان الحكومي المعلن بحق المواطنين فى خدمة صحية مجانية ، ففي الفترة من ١٩٩١-١٩٩٨ انكمشت المصروفات الصحية الحكومية بنسبة ٣٣٪ ، فى حين أن الضمان الحكومى لحق المواطنين فى خدمة صحية مجانية ظل ثابتاً ولم يتغير (المصدر السابق ص ١) .

ونتيجة لتردى الحالة الاجتماعية والاقتصادية بالبلاد تم إغلاق أكثر من نصف المنشآت الصحية الفدرالية ، وأصبحت العيادات والمستشفيات فارغة ، ليس لعدم وجود مرضى ، ولكن لعدم وجود أموال لسداد تكاليف التشغيل من طعام ودواء ومستلزمات طبية ومرافق عامة . وقد بدأت معدلات الوفاة فى الارتفاع مع انخفاض معدلات المواليد

وتدهور النظام الصحى بشكل عام . وكانت الخدمات الصحية المجانية فى واقع الأمر قد بدأت فى التحول إلى خدمات مقابل أجر ، فقد كان المطلوب من المواطن دفع مبلغ مالى من تحت المائدة بطريقة شبه رسمية كمعونة لتلقى خدمات من المفترض أنها مجانية . ونتيجة للتغيرات الاقتصادية والاجتماعية التى طرأت على البلاد تم إدخال نظام التأمين الصحى الإلزامى على المواطنين وكان الهدف من إدخال هذا النظام هو إيجاد وسيلة مضمونة لتمويل الخدمات الصحية ، بالإضافة إلى خلق منافسة إيجابية بين مقدمى الخدمة وتوسيع مجال الاختيار أمام المرضى . وقد نجحت روسيا فى المحافظة على شمولية الخدمة الصحية لجميع المواطنين من خلال نظام التأمين الصحى الإلزامى الذى يوفر للمواطنين حرية المنظمة التأمينية التى يشتركون فيها وحرية اختيار منظمة الرعاية الصحية الأولية وحرية اختيار الطبيب المعالج ، إلا أن هذا النظام يتكون من مجموعة منتقاة من عناصر التمويل القديمة والجديدة وشابه القصور فى بعض الجوانب مما أدى إلى تعثر تمويل الخدمات ، فعلى أرض الواقع كانت حصيلة المدفوعات غير كافية لتمويل الخدمات المغطاة ، ففى سنة ١٩٧٧م كانت الميزانية المتراكمة تمثل ٣٧,٥٪ فقط من التكاليف الأساسية اللازمة لتشغيل النظام (Dmitryieva, 1977 p 1) .

ومن ناحية أخرى ، بلغ عدد الأفراد الذين لا بيوت لهم فى روسيا أكثر من أربعة ملايين نسمة وليس من حقهم استخدام خدمات الرعاية الصحية الأولية المقدمة من خلال نظام التأمين الإلزامى الذى تقدمه الدولة (MSF Hong Kong Annual Report, 2000 p 1) .

ويمول النظام التأمينى من الميزانية الفدرالية والميزانية الإقليمية ومن الإسهامات الإلزامية لأرباب العمل ، إلا أن التمويل الحالى غير كافٍ لتشغيل النظام بطريقة مناسبة . وتسعى جهود الإصلاح الحالية إلى تحديث وتطوير نظام التأمين الإلزامى والنظام الصحى المركزى الذى تديره الحكومة ، ومن الإجراءات المقترحة إزالة الازدواجية الإدارية وتقديم طريقة موحدة للمحاسبة على الحالات وتلبية احتياجات منظمات التأمين الطبى مع العمل على زيادة مشاركة شركات التأمين فى إدارة الخدمات الطبية المقدمة للمؤمن عليهم وتوفير الشفافية فى تدفق الأموال خلال النظام (Dmitriev, 2001 p 7) .

٨- البرازيل :

فى تقرير عن إصلاح القطاع الصحى فى البرازيل أفاد (Almeida et. Al,2001) أن النظام الصحى فى البرازيل يتكون من شبكة معقدة من موفرى الخدمات ومشتريها فـى تعاون وتنافس متواقت يشكل فى نهاية الأمر مزيجًا مذهلاً من الخدمات الخاصة والحكومية تمولها مصادر حكومية .

فى خضم الإصلاح الإدارى والمالى الذى عم البرازيل عام ١٩٦٧م بعد الانقلاب العسكرى الذى حدث فى عام ١٩٦٤م ، حدثت إصلاحات اجتماعية وحدت خمس من ست مؤسسات للتقاعد والمعاشات التقاعدية التى أنشئت فى الثلاثينيات الميلادية وهى مؤسسات تقاعد للبحارة ولموظفى التجارة ولموظفى البنوك ولحملى وشاحنى السفن ولعمال الصناعة ، ومن خدماتها توفير الرعاية الصحية لمنسوبيها ، ونتج عن هذا الدمج مؤسسة الرفاهة الاجتماعية الوطنية .

فى الثمانينيات ضمت خدمات منظمة معاشات تقاعد الموظفين الحكوميين إلى مؤسسة الرفاهة الاجتماعية الوطنية التى أصبحت مسؤولة عن الرعاية الطبية لجميع العاملين الذين أسهموا بثمانية بالمائة من رواتبهم ، إضافة إلى إسهامات مماثلة من رب العمل كما شمل ذلك الذين يعملون لحسابهم الخاص والذين أسهموا بنسبة ١٦٪ من رواتبهم .

فى عام ١٩٨٨ م أقر القانون الذى ينص على الحقوق الاجتماعية الشاملة للمواطن بما فيها أحقية الرعاية الصحية التى أصبحت بذلك حق لكل مواطن ومسؤولية تلتزم بها الدولة نحو المواطنين ، ودعا الإصلاح الذى شمل الرعاية الصحية إلى : دعم وتنشيط القطاع الحكومى ؛ والتوسع فى تنويع مصادر التمويل ؛ وتعميم اللامركزية فى النظام الصحى ؛ تخصيص الخدمات وتقديمها ؛ وإعادة النظر فى العلاقة بين القطاع الخاص والعام فيما يتعلق بتنظيم وإدارة الخدمات الصحية .

وفى عام ١٩٨٩م أنشئ النظام الصحى الموحد لدعم النظام الصحى الحكومى ويتم تنظيم النظام الموحد على المستوى الفدرالى والولايات والبلديات . فالمستوى الفدرالى

يتحمل المسؤولية القانونية لصياغة ووضع وتطبيق السياسات الصحية الوطنية ، إضافة إلى تخطيط النظام وتقويمه وضبطه ، وكذلك توزيع التمويل ، وفى هذا المستوى الفدرالى يشتمل إجراء صنع القرار على ما يلى :

* المجلس الصحى الوطنى : ويضم ممثلين من الأجهزة الحكومية ومقدمى الخدمة الصحية والمهنيين الصحيين ومجموعات المستفيدين ، ويعنى هذا المجلس بإعداد التخطيط الإستراتيجى ومراقبة تطبيق السياسة الصحية فى البرازيل .
* اللجنة الثلاثية للإدارة المشتركة : ويشمل أعضاؤها ممثلين من وزارة الصحة والمجلس الوطنى لسكرتيرى الصحة فى الولايات والمجلس الوطنى لسكرتيرى الصحة فى البلديات ، وتتلخص مهمة هذا المجلس فى إقرار قواعد تشغيل النظام .
* وزارة الصحة : التى تدير تخصيص التمويل الفدرالى تحت إشراف وبموافقة المجلس الصحى الوطنى ، وتقترح القواعد التشغيلية لتقرها اللجنة الثلاثية للإدارة المشتركة .

وقد أدى النظام الموحد إلى تكوين نظام إقليمى يشتمل على :

* القطاع العام الذى يتضمن الخدمات الصحية التى تمولها وتوفرها الحكومة بما فيها الخدمات من المستوى الفدرالى والولاية والبلدية ومن القوات المسلحة .
* القطاع الخاص (الربحى وغير الربحى) الذى يتعاقد معه النظام العام ويتم الدفع له من خلال أساليب التعويض ، ويشتمل على الخدمات الصحية التى تمولها الحكومة ويقدمها القطاع الخاص .

ويعد النظام الخاص تكميلياً ويشتمل على عيادات الأطباء والعيادات التخصصية والمستشفيات الخاصة ، ويتم التعاقد على الخدمات مع شركات التأمين الخاص أو يدفع لها المستفيد مباشرة ويشمل ذلك (٢٦٪) من السكان .

ويشتمل النظام العام على خدمات الرعاية الأولية حيث يغطى (٩٥٪) من مراكز الرعاية الأولية ، ويغطى القطاع الخاص (٥٪) ، فيما يغطى النظام العام (٢١٪) من المستشفيات ويضم وزارة الصحة ومرافق الولايات والبلديات .

٩- تشيلى :

يشير (De la Jara, 1994 pp 135-149) أن النظام الصحى فى تشيلى هو نظام مختلط حيث تغطى الخدمة الصحية الوطنية (٥٦٪) من السكان ، ويغطى نظام شبه حكومى للتأمين الصحى (٢٠٪) من السكان ويخدم نظام التأمين الخاص (٢٤٪) من السكان ، وتغطى برامج التأمين الخاص الخدمات العلاجية وتمول باقتطاع (٧٪) من رواتب المشتركين وبرامج التأمين المهنى الذى يغطى إصابات العمل ، وتمول بمساهمة أرباب العمل الجبرية بواقع (٣٪) من الرواتب . ويمول (٥٥٪) من النظام الحكومى من خلال الضرائب العامة ويمول الـ(٤٥٪) المتبقية من خلال اقتطاع (٧٪) من رواتب المشتركين فيه ، وتتكون عناصر هذا النظام من :

١ - برنامج الضمان الاجتماعى للصحة :

وهو برنامج إجبارى لكل العاملين والمتقاعدين المشتركين بنظام الضمان الاجتماعى بالدولة باستثناء العاملين بالقوات المسلحة الذين لهم أنظمتهم الخاصة . ويعمل هذا البرنامج بأسلوبين مختلفين ، ويمكن للمشترك اختيار أحدهما ، وهذان الأسلوبان هما :

- **الرعاية المؤسسية** : ويمكن للمستفيد من خلال هذا الأسلوب تلقى الرعاية الصحية فى المنشآت الصحية العامة الممولة من قبل الصندوق الصحى الوطنى (National Health Fund) مع دفع جزء من التكلفة التشغيلية المدعمة من قبل الدولة .
- **الاختيار الحر** : والذى يوفره الصندوق الصحى الوطنى (NHF) ويتيح للمشتركين اختيار مقدمى الخدمة الذين يفضلونهم من قائمة مسجلة تحوى الأطباء والمستشفيات والمنشآت التشخيصية ... إلخ ، سواء خاصة أو عامة ، ويكون على المستفيد دفع (٥٠٪) من تكلفة الخدمة المقدمة له قبل تلقيها ، ويقوم مقدمو الخدمة بتقديم مطالباتهم المالية شهرياً للفروع المحلية للصندوق الصحى الوطنى .

٢ - برنامج التأمين الإجبارى ضد الحوادث والأمراض المهنية للعمال :

بدأ هذا البرنامج فى سنة ١٩٦٧ م ويمول من خلال مساهمات أرباب العمل بمقدار (٠,٨٪) من الراتب + نسبة من الراتب تعتمد على حجم المخاطر ، ويغطى هذا البرنامج

الخدمات الأساسية للوقاية والعلاج والتأهيل ضد الحوادث والأمراض المهنية . وتقدم خدمات هذا البرنامج من خلال منشآت صحية خاصة غير هادفة للربح .

٣ - خطط الضمان الاجتماعى للتأمين الصحى الخاص :

تعمل كبديل خاص للصندوق الصحى الوطنى ، وتمول من خلال مساهمات العاملين الإجبارية التى تبلغ ٧٪ من الراتب ، وتسمى المنظمات الخاصة بهذا البرنامج (ISAPRES) ، وقد أنشئت عام ١٩٨١ م وتغطى حوالى ٢٥٪ من السكان من ذوى الدخل المرتفع ، وتقدم هذه المنظمات خططًا تأمينية متعددة وفقًا لقيمة القسط السنوى المدفوع والذى يعتمد على دخل الفرد ، حجم العائلة ، العمر ، المخاطر الصحية ، وعوامل أخرى . وتقدم الخدمات الصحية للمشتركين فى هذا النظام من خلال عيادات الأطباء والمستشفيات والمنشآت الصحية الخاصة وبعضها يمتلك منظمات للحفاظ على الصحة (H.M.O's) أو منظمات للرعاية المفضلة (P.P.O's) . ويقوم المستفيد بدفع نسبة من التكلفة تختلف وفقًا للعقود المبرمة .

٤ - تأمين صحى تجارى خاص :

يشترك فيه حوالى ١٠٪ من القوى العاملة فى المجال الحكومى وبعض المنظمات المحلية من ذوى الرواتب المرتفعة .

وقد تطور هذا النظام المختلط فى تشيلى إلى نظام ذى قطبين غير متوازيين ، حيث يبلغ الإنفاق الخاص ٢٤٠ مليون دولار ، ويبلغ الإنفاق الحكومى ٨٠ مليون دولار . وتقدم برامج التأمين الخاص تغطية مقيدة من حيث شروط قبول المشتركين وإنهاء عقود مبرمة بسبب تكاليف العلاج المرتفعة أو بسبب الحالة الصحية للمشتركين المسنين ، وتستهدف الشريحة السكانية ذات مستوى الدخل المرتفع ومستوى الخطورة الصحية المنخفض .

أما النظام الحكومى الذى يخدم الشريحة السكانية ذات الدخل المنخفض والخطورة الصحية المرتفعة فلا يوجد فيه قيود رسمية على الحصول على الخدمة ، إلا أنه بسبب

ضعف التمويل المزمن ورغم مضاعفة التمويل مؤخراً ، فلا زالت الرواتب والاستثمارات متدنية ودون المستوى المتوقع مما يؤدى إلى عدم رضا كل من المستفيدين والعاملين .

وقد تم البدء مؤخراً فى برنامج إصلاحى لحل مشكلات النظام الصحى فى تشيلى من خلال الإستراتيجيات التالية :

- تطوير ودعم الرعاية الوقائية والرعاية الذاتية .
- تطوير ودعم الرعاية الأولية والرعاية فى العيادات الخارجية .
- دعم ودراسة الجدوى الاقتصادية فى استثمارات التقنية والبنية التحتية .
- تنسيق التفاعل بين النظامين الخاص والعام لترشيد استهلاك الموارد الصحية .
- تعديل الحوافز بحيث تدفع إلى النشاطات مرتفعة الكفاءة المالية .
- دعم اللامركزية من خلال إعطاء الوحدات الإقليمية استقلالية اتخاذ القرار فيما يتعلق بخدماتها .

١٠ - المكسيك :

أفاد (Kubli, 1994 pp 93-104) أن النظام الصحى فى المكسيك يتكون من ثلاثة مكونات أساسية ، أولها يشتمل على المنظمات الحكومية التى تقدم خدماتها لغير المؤمن عليهم ويمثلون ٤٠٪ من السكان وغالبيتهم من الفقراء . وأهم منظمة مسئولة عن تقديم الخدمات لهذه الفئة من السكان هى وزارة الصحة . بالإضافة لذلك يقدم المعهد المكسيكى للضمان الاجتماعى برنامجاً للرعاية الصحية الأولية للفقراء فى المناطق الريفية ، من خلال التعاقد مع الحكومة الفدرالية والتى توفر التمويل اللازم لذلك .

المكون الثانى والأكبر هو نظام الضمان الاجتماعى ويوفر الخدمة لحوالى ٥٠٪ من السكان ، ويتبعه منظمة تغطى العاملين فى القطاع الخاص ، والمعهد المكسيكى للضمان الاجتماعى ، ومنظمة لموظفى الدولة ، والقوات المسلحة ، والعاملين فى الشركة الوطنية للنفط .

أما المكون الثالث فهو القطاع الخاص وهو عبارة عن مجموعة من مقدمى الرعاية الصحية العاملين فى المستشفيات والعيادات ووحدات الطب الشعبى على أساس ربحى ، ورغم أنه من المفترض أن القطاع الخاص يقدم خدماته لحوالى (١٠٪) من السكان إلا أن البيانات التى وفرها المسح الصحى الوطنى الذى تم عام ١٩٩٤م أظهرت أن (٢٣٪) من السكان المسجلين فى هيئة الرعاية الاجتماعية أفادوا أن المصدر المعتاد لحصولهم على الخدمات الصحية هو العيادات الخاصة . وفى المقابل ، أفاد (٤٦٪) من السكان غير المسجلين مع الضمان الاجتماعى أن مصدرهم المعتاد للحصول على الخدمات الصحية هو القطاع الخاص .

فيما يتعلق بتمويل الخدمات الصحية ، فالمؤسسات العامة فى المكسيك يتم تمويلها من خلال ثلاث وسائل . فالمؤسسات التى تعنى برعاية غير المؤمن عليهم تمول بالكامل من الميزانية الفدرالية ، وتمول مؤسسات الضمان الاجتماعى لموظفى الدولة والقوات المسلحة من خلال إسهامات العاملين بالإضافة إلى دعم فدرالى . أما المؤسسات التى تعنى بالموظفين فى القطاع الخاص فتمول من خلال إسهامات العاملين وأرباب العمل ودعم فدرالى .

أما تمويل القطاع الخاص فيتم من خلال الدفع المباشر من قبل المرضى ، ويسهم التأمين الصحى بنسبة ضئيلة فى تمويل الخدمات الصحية (٢٪ فقط من إجمالى المنصرف على الصحة فى عام ١٩٩٤) ، ولكن هذه النسبة آخذة فى النمو . وتبلغ نسبة السكان الذين لديهم تأمين صحى (اختيارى) حوالى (٥٪) من السكان .

١١ - مصر :

أفاد (Khater, 1994 P 44) أن الخدمات الصحية فى مصر تقدم من خلال ثلاثة مصادر هى :

١ - **القطاع الحكومى** : يشتمل مقدمى الخدمة فى القطاع الحكومى على وزارة الصحة (٦٢٪) ووزارة التعليم العالى ممثلة فى المستشفيات الجامعية (١٤٪) ومجموعة أخرى من الوزارات التى تقدم خدمات صحية لمنسوبيها مثل : وزارات الدفاع والداخلية والنقل والزراعة .

٢- **القطاع العام** : ويشتمل مقدمى الخدمة فى هذا القطاع على الهيئة العامة التأمين الصحى (٤,٥٪) ، المؤسسة العلاجية (٤,٤٪) ، هيئة المستشفيات التعليمية (٤,٣٪) وشركات القطاع العام (١٪) .

٣ - **القطاع الخاص** : ويقدم جميع الخدمات من خلال عيادات الأطباء والمستوصفات والمستشفيات الخاصة بجميع مستوياتها وأحجامها .

وتلعب الهيئة العامة للتأمين الصحى دوراً رائداً فى توفير التأمين الصحى الاجتماعى لشرائح متعددة من السكان ، وهى هيئة مستقلة تتبع تنظيمياً وزير الصحة والسكان ، وقد تم إنشاؤها عام ١٩٦٤م لتقديم تأمين صحى إجبارى . وفى البداية كان الهدف هو التغطية الاجتماعية والصحية لجميع السكان ، على أساس أن الخدمات الصحية حق لكل مواطن ، وأن العلاج الطبى لا يجب أن يكون سلعة تباع وتشترى ، وواكب ذلك صدور قانون التأمين الصحى فى سنة ١٩٦٤ م أيضًا والذى أتاح التأمين للعاملين فى القطاعين العام والخاص وبعض العاملين فى القطاع الحكومى . وقد تم التخطيط لكى تمتد هذه المظلة التأمينية لتشمل المستفيدين المؤهلين بدءًا من بعض مجموعات العاملين ، ثم يمتد ذلك ليشمل جميع العاملين وأصحاب المعاشات (المتقاعدين) وذويهم ، وبدأ التنفيذ فى ذلك الوقت فى محافظة الإسكندرية (المصدر السابق ، ص ٤٧-٤٨) .

وتدير الهيئة العامة للتأمين الصحى عدة برامج منفصلة للتأمين الصحى الاجتماعى وفقًا لقوانين مختلفة تشمل :

- برنامج التأمين على الموظفين الذين تمت تغطيتهم التأمينية من خلال قانون رقم ٣٢ لعام ١٩٧٥م وهم جميع الموظفين بالقطاع الحكومى .
- برنامج التأمين على الموظفين الذين تمت تغطيتهم التأمينية من خلال قانون ٧٩ لعام ١٩٧٥م وهم بعض العاملين بالقطاعين العام والخاص والتأمين على أصحاب المعاشات (المتقاعدين) والأرامل .
- برنامج التأمين على الطلبة الذين تمت تغطيتهم التأمينية وفقًا لقانون ٩٩ لعام ١٩٩٢م ويشمل هذا البرنامج جميع الطلبة (أكثر من عشرة ملايين طالب) .

وتشتمل الخدمات الصحية التى تكفلها الهيئة العامة للتأمين الصحى على خدمات التنويم بالمستشفيات وخدمات العيادات الخارجية وخدمات التوليد والتحليلات والفحوص الإشعاعية والعقاقير وخدمات الأسنان والتركيبات الصناعية . بالإضافة لذلك تقوم الهيئة بتغطية خدمات الفحص الطبى الدورى لثمانية ملايين عامل (سواء تشملهم مظلة التأمين الصحى أم لا) من العمال المعرضين لمخاطر مهنية ، أو المعرضين للإصابة بأمراض مهنية ، ويتم فى هذا الصدد مراقبة حدوث ٤١ خطراً ومرضاً مهنياً وفقاً لجداول زمنية خاصة بذلك ، ويتم علاج المخاطر والأمراض المهنية التى يتم اكتشافها .

ومما هو جدير بالذكر أن العاملين الذين تغطيهم خدمات التأمين الصحى وفقاً لقانون ٣٢ وقانون ٧٩ لعام ١٩٧٥م يحق لهم تلقى جميع الخدمات المتاحة بما فى ذلك خدمات زراعة الأعضاء وجراحات التجميل والعلاج بالخارج ، فلا توجد حدود على نوعية أو كمية الخدمات . وتغطى خدمات الهيئة العامة للتأمين الصحى حالياً ٣٥ ٪ فقط من السكان البالغ عددهم قرابة ٦٥ مليون نسمة . ويتم تمويل الهيئة العامة للتأمين الصحى من خلال الاشتراكات التى تخصم من رواتب المستفيدين (١,٥٪ من الراتب) والمبالغ النقدية التى يتم دفعها كنسبة من تكلفة الخدمة ، ومن إسهامات أرباب الأعمال ، ومن خلال اشتراكات يدفعها الطلبة (بواقع أربعة جنيهات سنوياً يضاف إليها ١٢ جنيهاً كمساهمة حكومية) ومن خلال ضريبة على السجائر بواقع ١٠ قروش عن كل علبة . بالإضافة لذلك ، تتلقى الهيئة العامة للتأمين الصحى أموالاً إضافية من وزارة المالية لتغطية خسائرها المالية السنوية (المصدر السابق ص ٤٨) .

وفى سنة ١٩٩٧م تمت مراجعة التركيب التنظيمى والمالى للهيئة العامة للتأمين الصحى من قبل مشروع الشراكة للإصلاح الصحى الممول من هيئة المعونة الأمريكية ، وتم وضع إستراتيجية للإصلاح تعتمد على المبادئ التالية (Abd El Fattah et al., 1977) :

* **العمومية** : تغطية الخدمات التأمينية جميع السكان بحزمة من الخدمات الأساسية .
* **الإنصاف** : المشاركة فى تحمل الأعباء المالية بصورة عادلة ولا يجب أن يحرم أى فرد من الخدمات المغطاة لعدم قدرته على الدفع .

* **الكفاءة** : تقديم الخدمات بطريقة تعتمد على مدى فعالية التكلفة (cost-effectiveness) مع مراعاة مبادئ العمومية والجودة .
* **الجودة** : تقديم الخدمات المغطاة وفقًا للمعايير العالمية والممارسات الإكلينيكية المقبولة بمستوى يرضى المستفيدين .
* **الاستمرارية** : توفير الإمكانية المالية لتمويل الخدمات الأساسية على المدى القريب والبعيد .

هذا وتتكون عناصر إستراتيجية الإصلاح المقترح من :

١ - تطوير حزمة خدمات أساسية موحدة : مع الأخذ فى الاعتبار عند تطوير هذه الخدمات الأمراض المنتشرة فى المجتمع وأسبابها ، والأسباب الشائعة للوفيات بين المجموعات السكانية المختلفة على أن تشتمل هذه الخدمات على الخدمات الصحية الأساسية وقائية وتشخيصية وعلاجية بما فى ذلك الأدوية .

٢ - إعادة التركيب التمويلى لضمان تحقيق الاستمرارية والإنصاف : من خلال فصل التمويل والمشتروات وخلق كيان منفصل للتمويل ، ووضع إستراتيجية مالية لتحسين الإنصاف وتوفير حوافز لمقدمى الخدمة .

٣ - إعادة تنظيم التغطية التأمينية وتقديم الخدمة للحصول على نوعية وكفاءة أفضل : وذلك من خلال جعل الأسرة محور الخدمة والسماح للمستفيدين باختيار مقدمى الخدمة ، إعادة التركيب التنظيمى لخدمات القطاع العام وتحسين الخدمات المقدمة من قبل القطاع الخاص .

٤ - تقوية الهيئة العامة للتأمين الصحى تنظيميًا : من خلال توحيد قوانين التأمين الاجتماعى ، الاستثمار فى نظم المعلومات الخاصة بالتأمين الاجتماعى ، توفير الكوادر اللازمة لتطوير وتحليل السياسات ووضع الموازنات التخطيطية ، وضع خطة منفصلة للاستثمار وتطوير الشراكة الملائمة بين القطاعين العام والخاص .

التأمين التعاونى من قبل النقابات المهنية :

تقدم النقابات المهنية نوعًا من التأمين التعاونى لمنسوبيها وأفراد أسرهم وفقًا لأنظمة وشروط متعددة ، ويتيح هذا النوع من التأمين للمشتركين تلقى الخدمات

العلاجية فى العيادات والمستشفيات الخاصة بما فى ذلك خدمات التنويم بالمستشفيات ، ويمول هذا التأمين من خلال الاشتراكات السنوية التى يدفعها المشتركون ، إضافة إلى ما يدفعونه نقداً عند كل زيارة كجزء من تكلفة الخدمة (Co-payment) . وتتفاوت درجة نجاح تشغيل هذه الأنظمة من نقابة إلى أخرى مع عدم وجود أى تنسيق بين هذه النقابات .

التأمين الصحى التجارى :

صدر فى عام ١٩٩٨م قانون يبيح ١٠٠٪ من ملكية شركات التأمين العاملة فى مصر للشركات الأجنبية ، ورغم ذلك تعثرت خصخصة هذه الشركات (وهى أربع شركات رئيسية مملوكة للدولة) وذلك لأسباب سياسية واجتماعية ، حيث تشترط الشركات الأجنبية لشراء هذه الشركات تخفيض عدد العمالة مما ترفضه الحكومة (Kielmas, 1999 P 20) . ويقتصر نشاط التأمين الصحى التجارى لهذه الشركات بالإضافة إلى بعض فروع الشركات الأجنبية العاملة فى مصر على شريحة محدودة للغاية من العاملين فى الشركات الأجنبية والمتعددة الجنسيات .

١٢- المغرب :

أفاد (Guedira, 1994 pp 111-120) أن التأمين الصحى فى المغرب ليس إلزامياً ولا يشترك فيه أكثر من ١٥٪ من السكان وذلك من خلال ٢٠ شركة تأمينية تقدم خدمات تأمين صحى منها اثنتان لإعادة التأمين ، والمجلس الوطنى للضمان الاجتماعى (CNSS) لا يقدم أية خدمات فى مجال التأمين .

وتقدم خدمات التأمين الصحى فى المغرب من خلال نوعين من الشركات . النوع الأول هو شركات تعاونية (MUTUAL COMPANIES) ، وتغطى هذه الشركات تكاليف الخدمات الصحية للأمراض المزمنة ذات المخاطر العالية ولكن ما تدفعه مقابل الخدمات الصحية للأمراض الشائعة قليل ويتأخر كثيراً .

النوع الثانى للشركات المتعاملة فى مجال التأمين الصحى بالمغرب هو شركات تجارية ، وتعتبر التعويضات التى تدفعها هذه الشركات مقابل الخدمات الصحية للأمراض الشائعة أفضل ، ولا تتأخر كثيراً ولكنها لا تغطى المخاطر العالية ولا تشمل الأفراد فوق سن الستين ، وتضع سقفًا متدنيًا للتعويضات (٢٥٠٠٠ - ٣٠٠٠٠ درهم) .

وقد دفع هذا القصور فى التغطية التأمينية الحكومة المغربية إلى إعداد مشاريع إصلاحية؛ لكى تتم تغطية جميع السكان ترتكز على عناصر أساسية تشمل :

١ - العمومية :

يجب أن يغطى التأمين جميع المواطنين ؛ حتى تتمكن جميع طبقات المجتمع من الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية ونيلها مهما كان مستوى دخل أفراد هذه الطبقات . إلا أن مثل هذا التعميم لا يمكن أن يتم إلا تدريجيًا ؛ نظراً لظروف المغرب الاقتصادية ؛ لهذا سيطبق الإصلاح مبدئيًا على الطبقة العاملة فى القطاع الخاص المسجلين لدى (CNSS) (المجلس الوطنى للضمان الاجتماعى) ، وكذلك موظفى القطاع العام على أن يكون التأمين إلزامياً على نفقة رب العمل .

٢ - الإنصاف والتكافل :

يعنى بالإنصاف اشتراط التغطية التأمينية للمشترك وزوجته وأبنائه ووالديه ، كما تستمر هذه التغطية حتى بعد تقاعد المؤمن عليه . ويقصد بالتكافل التغطية المتماثلة ونسبًا متجانسة من المساهمة لجميع المشتركين ، مهما كانت مستويات الدخل أو التركيبة الديموغرافية أو احتمال الإصابة بالمرض .

٣ - مبدأ عدم الاستبعاد :

يغطى نظام التأمين الصحى الوطنى الشخص المشترك وأسرته بدون أى قيود من حيث العمر والجنس والحالة الصحية ، ضد مخاطر وتكاليف المرض ، ما لم تكن ناتجة عن حوادث العمل ومخاطره .

٤ - تعددية المديرين :

يتولى إدارة تأمين رعاية الأمومة المنظماتُ الإقليمية ذات العلاقة والمرخص لها لمزاولة مثل هذا النشاط ، عوضًا عن الاقتراح المرفوض للإدارة المركزية من خلال "مجلس وطنى للتأمين على أمراض الأمومة" .

٥ - حرية الخيار :

للمشترك حرية الانضمام إلى المؤسسة التأمينية التى تناسبه ، وعلى رب العمل أن يختار المؤسسة وفق خيار الموظفين . ويرى مصممو البرنامج أن هذا الشرط يخلق جوًا من التنافس البناء بين المؤسسات التأمينية يؤدى إلى رفع مستوى الخدمة .

٦ - تمويل النظام :

يتم تمويل النظام من خلال رب العمل الذى يسهم بثلثى الرسوم ، ويتحمل الموظف الثلث المتبقي . تقوم الجهات القائمة علي الإشراف العام على برامج التأمين الصحى ، بتحصيل المساهمات من أرباب العمل وتوزيعها مسبقًا ، بحيث يخصص جزء منها لتكاليف إدارة البرنامج وجزء للدفع للخدمات الصحية ، والجزء الأخير يودع كفائض احتياطى لتغطية القصور التقنى فى تنفيذ البرنامج .

١٣ - سنغافورة :

يوجد نوعان من البرامج التأمينية فى سنغافورة هما : الادخار الطبى (Medisave) ، والحماية الطبية (Medishield) .

الادخار الطبى (Medisave) :

هو تأمين إجبارى يطبق على جميع العاملين بما فى ذلك أصحاب الأعمال الخاصة الصغيرة ، ويتم فيه استقطاع نسبة مئوية من رواتبهم الشهرية توضع فى حساب

خاص للادخار الطبى لا يستفيد منه إلا العامل وأفراد أسرته . وتتراوح النسبة التى تخصص للادخار الطبى بين ٦٪ من الراتب لمن هم أقل من (٣٥) سنة و(٨٪) من الراتب لمن هم فى سن يزيد على (٤٥) سنة . ويدفع أصحاب الأعمال الصغيرة (٦٪) من دخلهم الشهرى . ويشترط هذا البرنامج ألا يقل رصيد المشترك فى حساب الادخار الطبى الخاص به عن (١٧٠٠٠) دولار سنغافورى ، ويعفى حساب الادخار الطبى من الضرائب ، فى حين يدر الحساب فائدة سنوية لصاحبه ، وفى عمر ٥٥ سنة يشترط أن يكون الحساب ١١٠٠٠ دولار ، ومن الممكن سحب الباقى من قبل صاحب الحساب . ويستخدم حساب الادخار الطبى لتغطية نفقات التنويم فى المستشفيات الحكومية المخصصة لهذا الغرض ، ويمكن لأسرة المشترك أن تستفيد منه . وقد تم وضع حد أعلى لما يمكن دفعه من حساب الادخار الطبى – على سبيل المثال – ٣٠٠ دولار عن اليوم الواحد للتنويم (البكر ، ١٩٩٤ ص ٥٠ والفقيه ، ١٩٩٨ ص ١٤) .

الحماية الطبية (Medishield) :

هو نوع من التأمين المساند الاختيارى للحماية من الأمراض ذات الطبيعة المأساوية والتكلفة الباهظة ، ويمكن استخدامه من قبل المواطنين والمقيمين بصفة مستديمة وأفراد أسرهم من المشتركين ، ويتميز بأن أقساطه يسيرة وتعتمد على السن (تتراوح بين ١٢ دولاراً فى السنة لمن هم أقل من ٣٠ سنة إلى ١٣٢ دولاراً فى السنة لكبار السن (السادسة والستون فما فوق) . ويغطى هذا النوع غرف العناية المركزة ، العمليات الجراحية لزراعة الأعضاء وما يستخدم لها من دواء ، غسيل الكلى ، علاج السرطان بالكيماويات فى حدود ٨٠٪ من المبلغ المطالب به المشارك فى التأمين ، ولكنه لا يغطى الأمراض الخلقية ، الإيدز ، الأمراض العقلية والإدمان . ويبلغ الحد الأعلى المسموح المطالبة به ٢٠ ألف دولار فى السنة يمكن أن يرتفع إلى ٧٠ ألف دولار فى بعض الحالات (البكر ، ١٩٩٤ ص ٥١ و الفقيه ، ١٩٩٨ ص ١٤) .

الدراسات السابقة حول آراء المستفيدين :

تعتبر هذه الدراسة هى الأولى من نوعها فى المملكة التى تحاول التعرف على آراء المستفيدين (المستهدفين) حول برامج التأمين الصحى ، ومن جهة أخرى لم نتمكن من العثور على أية دراسات مشابهة أجريت فى دول عربية أخرى . والدراسات المتوافرة فى هذا المجال يركز بعضها على تأثير وجود المعلومات التفصيلية حول الخطط التأمينية على اختيار المستفيدين لهذه الخطط ، والبعض يركز على دراسة متاحية الخدمة التأمينية بين شرائح المجتمع المختلفة ، والغالبية تركز على قياس رضا المستفيدين حول الخطط التأمينية التى يشتركون فيها أو الخدمات الصحية المقدمة لهم أوهما معاً . وسنستعرض فيما يلى أهم الدراسات المتاحة فى هذا الصدد .

فى دراسة أجريت على عينة من ٢٠١ موظف حكومى فى ولاية وسكنسون الأمريكية للتعرف على ما يعتبرونه هاماً عند اختيارهم خطة تأمينية معينة ، وعلى تأثير ما يتلقوه من معلومات حول الخطط التأمينية المتاحة على اختيارهم لتلك الخطط – تم استخدام نظام خاص على الحاسب الآلى لإرشاد المبحوثين عن البدائل المتاحة . وصممت الدراسة على أساس أن يتعرف الحاسب على ما يفضلونه قبل الاطلاع على أية معلومات (الوقت ٠) ، ثم يتم إطلاعهم على معلومات مختصرة حول أربع خطط تأمينية ، ويتم بعد ذلك تسجيل ما يفضلونه (الوقت ١) . يتم بعد ذلك إطلاعهم على معلومات مفصلة حول نفس البدائل ، ثم يسجلون ما يفضلونه (الوقت ٢) ، ويطلب منهم فى هذا التوقيت أن يسجلوا الأهمية النسبية لما يفضلونه من خصائص البدائل المقدمة لهم . وأوضحت نتائج الدراسة أن تقديم المعلومات يغير من أفضلية البدائل بالنسبة للمبحوثين ، ومع ذلك فقد هيمنت كل من التكلفة ومدى شمولية التغطية على باقى خواص الخطط التأمينية المعروضة قبل وبعد الاطلاع على المعلومات ، رغم أن الأهمية النسبية لباقى الخواص قد تغيرت بعد إطلاعهم على المعلومات (Booske, et.al, 1999) .

وفى دراسة أخرى قام بها (Spranca, et.al, 2000) فى لوس أنجلوس علـى عينة من ٣١١ شخصاً مؤمناً عليهم تأميناً خاصاً ، وجدوا أنه فى غياب البيانات التفصيلية عن تلك الخطط يفضل ٨٦٪ من المبحوثين الخطط التأمينية التى توفر تغطية صحية أشمل

حتى ولو كانت ذات تكلفة أكثر . وعند توفير البيانات التفصيلية انخفضت هذه النسبة إلى ٥٩٪ ، وفضّل الباقي التحول إلى خطط تأمينية أقل تكلفة ، وتوفر تغطية صحية أقل عندما كانت البيانات المتاحة تشير إلى ارتفاع جودة الخدمة المقدمة .

وفي دراسة (Zuvekas and Robin, 1999) عن متاحية الرعاية الصحية بين شرائح المجتمع المختلفة ، أظهرت النتائج أن الأمريكيين من أصل أسباني وصغار السن الذين تتراوح أعمارهم بين الثامنة عشرة والرابعة والعشرين – يتعرضون أكثر من غيرهم من الأمريكيين لنقص هذه الرعاية من المصادر المعتادة ، وأن هذه الفروق تزايدت مع الوقت خلال فترة الدراسة التي تناولت بالتحليل مسوحًا أجريت في أعوام ١٩٧٧ و١٩٨٧ و١٩٩٦م ، ولم يمكن تعليل هذه الفروق فقط باختلاف أنماط التغطية التأمينية .

وتشير أدبيات البحوث إلى تزايد أهمية رضا المستفيدين من الخدمات الصحية ، وبخاصة في ظل الجهود المبذولة للحد من ارتفاع تكلفة الرعاية الصحية والإستراتيجيات المختلفة المتبعة لتحقيق هذا الهدف ، إضافة إلى التنافس الشديد في سوق تقديم الرعاية الصحية والتأمين الصحي .

ففي دراسة قام بها (Yunhwan and Kasper 1998) تم فيها توثيق العديد من دراسات الرضا أشارا إلى أن (Stewart, and Ware, 1978) و (Donabedian, 1988) وجدوا أن رضا المرضى يعتبر مؤشراً هاماً لجودة الرعاية . كما وجد (Williams, 1994) أن الكثيرين يرون أن رضا المرضى يعني ضمنياً تقديم الخدمات الصحية بكفاءة أكبر ، وبطريقة تلبي احتياجات المرضى بشكل أفضل . كما يرى (Sherbourne et.al,1992) أن رضا المرضى مؤشر قوي على مدى التزامهم بتعليمات وإرشادات الطبيب . ووجد كل من (Cleary et al.,1992; Fox and Storms, 1981; Williams and Calnan, 1991) ارتباط العمر بارتفاع مستوى الرضا . ووجد (Aharoney and Strasser, 1993) ارتباطًا إيجابيًا بين الوضع الصحي ومستوى الرضا ، حيث يبدي الذين ينعمون بصحة جيدة مستوى مرتفعًا من الرضا . بل أضاف (Hall, Milburn, and Epstein, 1993) أن الوضع الصحي سبب محدد للرضا . كما أشار (Pascoe, 1983) و (Kurata, 1992) إلي أن طول فترة انتظار المرضى لرؤية الطبيب تؤثر عكسيًا على مستوى الرضا . وفي دراستهم لرضا

المسنين عن خدمات الرعاية الصحية حدد (Yunhwan and Kasper 1998) المواصفات والعوامل الشخصية المتعلقة بالصحة ، وأنماط استخدامات الرعاية الصحية المرتبطة برضا المسنين عن الرعاية الطبية ، ووجدا أنه على الرغم من وجود بعض الرضا لدى ٩٠٪ من أفراد العينة التى بلغت ٨٨٥٩ شخصاً فوق الخامسة والستين من العمر ، إلا إنه يوجد اختلافات كبيرة بينهم مع انخفاض معدلات الرضا لدى المسنين البالغين الثمانين من العمر وأكبر ، وذوى التعليم المتدنى والدخول المتدنية والذين يشكون من وضع صحى ضعيف . كما وجدا أن طول فترة الانتظار عند زيارة مقدم الخدمة ، وقلة عدد الزيارات تؤدى إلى عدم الرضا ، أما الانطباع لدى المرضى بجودة عمل الطبيب وبخاصة فيما يتعلق بالمهارات التقنية ؛ فيرفع مستوى رضا المسنين عن الرعاية الطبية .

وأشار (Press et. al 1991) إلى أن مقدمى الخدمة الذين يعدون انطباع وآراء المرضى ورضاهم كمؤشر لجودة النواحى الخدمية ، وليس مؤشراً لجودة الرعاية الطبية المقدمة – قد يغفلون أهمية الرضا كمؤشر لأداء الرعاية الصحية ؛ إذ تؤثر ثقة المرضى فى مقدمى الرعاية ونظرتهم نحو الرعاية المقدمة فى نتائج ومخرجات هذه الرعاية ، وبالتالى قد يؤثر رضا المرضى فى الأداء المالى للمرافق الصحية بخاصة فى البيئة التنافسية .

وفى مسح شمل عشر دول هى الولايات المتحدة الأمريكية وكندا والمملكة المتحدة وأستراليا واليابان وهولندا والسويد وألمانيا الغربية وفرنسا وإيطاليا لاستقصاء الآراء حول مدى الرضا عن الأنظمة الصحية فى تلك الدول – وجدت (Wagner, 1990) أقل مستوى من الرضا عن النظام الصحى لدى المواطنين الأمريكيين للرعاية الصحية ، رغم أنهم يدفعون أموالاً أكثر من مواطنى الدول الأخرى ، فيما أعرب الكنديون عن أعلى مستوى للرضا . وقد أفاد (٦٠٪) من المستجيبين الأمريكيين أن النظام يحتاج لتغييرات جوهرية ، فى حين أفاد (٢٩٪) منهم أن النظام يحتاج لإعادة بناء بالكامل . وقد أفاد (٤٠٪) من الإيطاليين المبحوثين أن نظامهم يحتاج لإصلاح كامل فى مقابل (٥٦٪) من الكنديين أفادوا بأن نظامهم يحتاج لتغييرات طفيفة .

كما وجد (Blendon et al. 1995) فى استقصاء للآراء أُجرى عام ١٩٩٤م أن الأمريكيين أقل رضا من الألمان والكنديين ، فيما يتعلق بنظام الرعاية الصحية ، كما أشار الأمريكيون إلى وجود مشكلات تتعلق بدفع تكاليف الرعاية وتلقى الخدمات التى

يحتاجون إليها . ووجد الباحثون أيضاً أن مستوى الرضا قد انخفض في ألمانيا وكندا عن السابق ، وأن ثقة المواطن الأمريكي في القائمين على دوائر الصحة الحكومية أقل من أي جهة أخرى في أي من الدول الثلاث .

وفي دراسة قام بها (Troy, 1999) للتعرف على أسباب انسحاب المستفيدين من الخطط التأمينية ، أظهرت النتائج أنه على الرغم من ارتفاع مستوى الرضا في برامج الرعاية المدارة إلى ٩٥٪ فإنه قد يصل مستوى الانسحاب من هذه البرامج إلى ٢٠٪ ، كما تشير النتائج إلى أن أسباب الانسحاب من برامج الرعاية الصحية المدارة تعود إلى مستوى العلاقات الشخصية ، وحل المشكلات مع إدارة البرنامج أكثر مما تعود إلى تكلفة الانضمام إلى البرنامج .

وأفاد(Eisenberg 1997) أن تزايد التنافس في مجال تقديم خدمات الرعاية الصحية يؤدي إلى رفع مستوى الاهتمام برضا المستفيدين ، وأن إزالة المعوقات التنظيمية لرضاء المستفيدين في المرافق الصحية مثل : القيود التنظيمية المعقدة ، ومقاومة التوجه التجاري التسويقي ، والبيئة التي تتسم بالنهج الأبوي في التعامل مع المستفيدين والتعامل ضمن حدود النموذج الطبي التقليدي – ستؤدي إلى خلق بيئة تتسم بخدمة العميل ، وبالتالي إلى رفع مستوى رضا المستفيدين .

وفي دراسته لتأثير رضا المستفيدين على الرعاية المدارة أشار (Will, 1998) إلى أن برامج الرعاية المدارة تتعرض لرقابة لصيقة حالياً ، ولا ينبغي للمستفيدين وممولي الخدمة أن يكونوا على تناقض فيما يتعلق بمستقبل الرعاية المدارة ، بل يرى (ويل) أن يتحد الطرفان للمطالبة بالأداء المتميز من مقدمي الرعاية الصحية ، وأن لدى اتحاد مجموعات الممولين النفوذ الكافي للمطالبة أن ترقى برامج الرعاية بأدائها إلى معايير الأداء المتميز ، وأن تعلن نتائج جهودها على المستفيدين ، بحيث تخلق إستراتيجية قياس ومراقبة الجودة دورة من الرضا والتميز .

وقد وجد (Gawande et.al, 1998) في دراسة قام بها عام ١٩٩٧م لتقصي العلاقة بين الرأي العام والخيار حول الرعاية المدارة – أن أقلية من السكان في سوق العمل يتخذون القرار فعلياً فيما يتعلق بالبرنامج التأميني الذي يشتركون فيه . كما أن الذين لا يخيرون في البرنامج كانوا أقل رضا عن البرنامج الذي ينضمون إليه .

وفى دراستهم حول توجهات أرباب العمل للتعاقد مباشرة مع مقدمى الرعاية الصحية لتقديم الرعاية الصحية لموظفيهم – وجد (Kennedy and Jennings, 1998) أن مقدمى الخدمة يواجهون ضغوطاً متزايدة من أرباب العمل لتخفيض تكاليف الرعاية الصحية ، ورفع جودة الخدمات والرعاية الصحية المقدمة ومستوى رضا المستفيدين ، ويرى الباحثون أن مقدمى الخدمة الذين يستعدون مسبقًا لتلبية توقعات المستفيدين ورغباتهم ، سوف يحتلون مواقع القوة فى سوق الرعاية الصحية .

وفى دراسة قام بها (Ross, 2001) عن رضا المرضى وجد أنه عند إدخال إجراءات تحسين الأداء ضمن الإجراءات التنظيمية فى شبكة من المستشفيات والخدمات الصحية فى ولاية مريلاند ، وبعد ربط حوافز مالية للموظفين بتطبيق إجراءات تحسين الأداء مثل التركيز على احتياجات المرضى قبل احتياجات الموظفين ، والتأكيد على تبنى الإدارة لهذا التوجه ، وإعطاء الصلاحيات للموظفين وقياس وتوثيق مستوى رضا المرضى باستمرار – أوضحت النتائج أن مستوى رضا المرضى قد ارتفع من ٢٠٪ إلى ٨٠٪ ، كما تحسن أداء ست وحدات من سبع كانت ضمن الدراسة .

وتقترح (Scott, 2001) ست إستراتيجيات لرفع مستوى رضا المستفيدين فى منظمات الرعاية الصحية ، وهى حجر الأساس للجهود التى تبذل على مستوى النظام الصحى ككل لخلق بيئة وثقافة التحسين المستمر لجودة الرعاية الصحية ، وتؤكد على فعالية هذه الإستراتيجيات رغم أنها تحتاج إلى الوقت والجهد والدعم ، وهذه الاستراتيجيات هى :

١- رفع مستوى الوعى فى المنظمة ، فيما يتعلق برفع مستوى الأداء وأسبابه وسبله .

٢- تحديد معايير الخدمة والسلوك المؤدى إلى تحسينها .

٣- تحديد معوقات تحسين الأداء من تعليمات وإجراءات وسياسات وإزالتها .

٤- رفع مستوى المهارات والتدريب التى تتعلق برفع مستوى الخدمة .

٥- تقصى آراء المستفيدين ورغباتهم وربطها بأهداف محددة .

٦- دعم وتشجيع التحسين المستمر .

الفصل الثالث

- منهجية البحث
  - أداة جمع البيانات .
  - أسلوب جمع البيانات .
  - أسلوب تحليل البيانات .
  - عينة البحث ومجتمع الدراسة .
  - محددات البحث .



اعتمد البحث على أسلوبين من أساليب البحث العلمى هما :

١- أسلوب الدراسة المكتبية : وذلك للإجابة عن السؤالين الأولين من أسئلة البحث ، من خلال دراسة الأدبيات الخاصة بالموضوع ، ومقارنة نظام الضمان الصحى التعاونى المزمع تنفيذه مع أنظمة التأمين الصحى فى مجموعة من الدول المتقدمة منها : الولايات المتحدة الأمريكية ، وكندا ، والسويد ، واليابان ، وروسيا ، وبريطانيا ، ومجموعة أخرى من الدول النامية منها : البرازيل ، وشيلى ، ومصر ، والمغرب والمكسيك .

٢- أسلوب الدراسة الميدانية : وذلك للإجابة عن باقى أسئلة البحث من خلال استخدام أربع استبانات صممت خصيصًا لهذا الغرض لاستقصاء آراء المقيمين الذين سيطبق عليهم نظام الضمان الصحى التعاونى بصورة إلزامية ، وكذلك الذين سوف يقومون على تنفيذه من المستشفيات وشركات التأمين العاملة بالملكة .

أداة جمع البيانات :

تم تصميم أربع استبانات مختلفة من قبل الباحثين ، واحدة لكل فئة من فئات عينة البحث لجمع البيانات الأولية من أفراد مجتمع الدراسة .

الاستبانة الأولى :

خاصة بالمستفيدين المشتركين حاليًا فى نظام للتأمين الصحى ، وتحتوى على أسئلة حول البيانات الديموجرافية ، وكيفية الاشتراك فى نظام التأمين وتكاليفه ونوعية التغطية التأمينية المشتركين بها والأفراد المشمولين بهذه التغطية ، وجودة الخدمات المقدمة ومدى رضاهم عن هذه الخدمات ، إضافة إلى تكلفة الخدمة بالمقارنة مع الخدمات المتاحة خارج نطاق التغطية التأمينية ومدة اشتراكهم بالخدمة التأمينية (انظر ملاحق الدراسة) .

الاستبانة الثانية :

خاصة بالمستفيدين غير المشتركين حالياً فى نظام التأمين الصحى ، والذين سوف يطبق عليهم قريبًا نظام الضمان الصحى التعاونى وتحتوى على أسئلة حول البيانات الديموجرافية ، ومدى توافر خدمات صحية من قبل جهة عملهم ونوعية هذه الخدمات فى حال توافرها ، ونوع التغطية التأمينية الملائمة لهم من وجهة نظرهم ومدى احتياجهم لهذه التغطى ، وإمكانية اقتطاع جزء من راتبهم من أجل ذلك (انظر ملاحق الدراسة) .

الاستبانة الثالثة :

خاصة بإداريى المستشفيات ، وتحتوى على أسئلة حول نوعية التغطية المقدمة وجودتها ومداها (تشكيلة الخدمات المقدمة) ، وكذلك أسئلة حول أساليب تمويل الخدمات ، وأساليب التعامل مع شركات التامين ومرئياتهم حول رضا المستفيدين ، ومدى توافر الكوادر المدربة ونظم المعلومات اللازمة لتشغيل نظام التأمين الصحى (انظر ملاحق الدراسة) .

الاستبانة الرابعة :

خاصة بإداريى شركات التأمين ، وتحتوى على أسئلة حول الطرق المتبعة للتعاقد ومعدلات الأقساط السنوية ، وإمكانية السماح للمريض باختيار الطبيب والمستشفى المعالج ، التعاملات المالية مع مقدمى الخدمة وأساليبها المختلفة وعن مرئياتهم حول رضا المستفيدين ، وكذلك حول المجالات المختلفة للتغطية التأمينية المقدمة (انظر ملاحق الدراسة) .

قبل توزيع الاستبانات على عينة البحث تم عرضها على أربعة محكمين من أعضاء هيئة التدريب بمعهد الإدارة العامة ، وتم عمل بعض التعديلات على الصياغة الأولية للأسئلة بناء على مقترحاتهم ، وتم بعد ذلك تجربة الاستبانات ميدانياً ، وإجراء بعض التوضيحات والإضافات بناءً على نتائج التجربة الميدانية .

أسلوب جمع البيانات :

تم توزيع واستعادة الاستبانات التى صممت لجمع بيانات الدراسة عن طريق الباحثين وفريق من مساعدى الباحثين المدربين العاملين بمركز البحوث بمعهد الإدارة العامة .

أسلوب تحليل البيانات :

بعد التحقق من صحة البيانات تم إدخالها إلى الحاسب الآلى الشخصى باستخدام حزمة برامج "SPSS" الإصدار العاشر ؛ وذلك للتحليل الإحصائى للبيانات ، حيث يتم عقد المقارنات بين فئات العينة محل الدراسة باستخدام الجداول والرسوم البيانية ، وحساب الفروق الإحصائية باستخدام الطرق والاختبارات الإحصائية الملائمة .

عينة البحث ومجتمع الدراسة :

قام الباحثان باستخدام أسلوبين لجمع البيانات فى هذه الدراسة ، حيث طبق المسح الشامل فى اختيار شركات التامين والمستشفيات والعينة الغرضية فى اختيار المشتركين وغير المشتركين فى التأمين الصحى من المقيمين فى المملكة . وبسبب اعتبارات عملية تتعلق بالوقت والإمكانات المتاحة للباحثين ؛ تم اقتصار مجتمع وعينة البحث على مدينة الرياض . وقد تم ذلك على النحو التالى :

عملية اختيار مجتمع الشركات والمستشفيات :

يتكون هذا المجتمع من مقدمى الخدمة (المستشفيات) وشركات التأمين . وتم إجراء مسح شامل لجميع المستشفيات وشركات التأمين العاملة فى مدينة الرياض . وبالنسبة لشركات التأمين بلغ عدد الشركات المسجلة بالغرفة التجارية بالرياض ٣٠ شركة ، تم استبعاد ١٢ شركة منها ؛ لكونها فروعاً لشركات أخرى بالرياض ، وعليه تم توزيع ١٨

استبانة ، وتم استرجاع ١٤ استبانة منها ، بعد أن رفضت ٤ شركات الاشتراك فى الدراسة بنسبة استجابة قدرها ٧٨٪ . وبالنسبة للمستشفيات ، تم توزيع ٢٨ استبانة على جميع المستشفيات العاملة بمدينة الرياض ، استعيد منها ٢٢ استبانة ، ورفضت ٦ مستشفيات الاشتراك فى الدراسة ، بنسبة استجابة قدرها ٧٨٪ أيضًا .

عملية اختيار المشتركين وغير المشتركين من المقيمين فى التأمين الصحى :

قام الباحثان باختيار العينة الغرضية أو القصدية Purposive Sample على أساس أنها تحقق أغراض الدراسة التى يقومان بها ، سيما أنه لا توجد قوائم أو أية أعداد محصورة ولو بشكل جزئى أو كلى للمشتركين وغير المشتركين فى التأمين الصحى من المقيمين . بالنسبة للمقيمين المشتركين حاليًا فى نظام للتأمين الصحى تم توزيع ٣٥٠ استبانة وتم استعادة ٣٠٠ استبعد منها ٢٥ ، واستخدم للتحليل ٢٧٥ استبانة ، أى بنسبة استجابة قدرها ٧٨,٦٪ . وبالنسبة للمقيمين غير المشتركين حاليًا فى نظام للتأمين الصحى ، تم توزيع ٣٥٠ استبانة ، وتم استعادة ٣٠٠ أيضًا استبعد منها ١٨ ، واستخدم للتحليل ٢٨٢ استبانة بنسبة استجابة قدرها ٨٠,٦٪ .

محددات البحث :

بسبب اعتبارات عملية تتعلق بالوقت والإمكانات المتاحة للباحثين ؛ تم اقتصار عينة البحث على مدينة الرياض ، وفى مقابل ذلك تم عمل تغطية شاملة لجميع المستشفيات وشركات التأمين العاملة بالمدينة ، إلا أن بعض هذه المستشفيات والشركات لم يكن متعاونًا بالقدر الكافى ؛ فبعض منها رفض الاشتراك فى البحث ، والبعض الآخر رفض الإجابة عن بعض أسئلة البحث .

من ناحية أخرى ، اضطررنا للانتهاء من هذه الدراسة (بعد انتهاء الوقت المحدد لها) قبل البدء فى تطبيق نظام الضمان الصحى التعاونى ، والذى كان من المقرر له أن يبدأ فى نوفمبر ٢٠٠٠م بعد صدور اللائحة التنفيذية ، ولهذا لم يكن فى الإمكان التعرف على آراء ومرئيات المقيمين الذين طُبِّق عليهم النظام بالفعل .

الفصل الرابع

- نظام الضمان الصحى التعاونى المزمع تنفيذه
- تحليل نظام الضمان الصحى التعاونى المزمع تطبيقه .
- مقارنة بين نظم التأمين الصحى المستخدمة فى بلدان العالم وبين نظام الضمان الصحى التعاونى المزمع تطبيقه .



تحليل نظام الضمان الصحى التعاونى المزمع تنفيذه :

تحقيقًا للهدف الأول للبحث ؛ سيتم فيما يلى تحليل نظام الضمان الصحى التعاونى المزمع تنفيذه باستخدام أسلوب النظم ؛ وذلك للتعرف على مكوناته من مدخلات وأساليب عمل ومخرجات وتغذية مرتدة ، والتعرف على العوامل البيئية التى سوف يكون لها تأثير على هذا النظام .

وسوف نستعرض فى البداية مواد النظام المشار إليه كما وردت بموجب قرار مجلس الوزراء الموقر رقم (٧١) بتاريخ ١٤٢٠/٤/٢٧هـ ، ثم نقدم تحليلاً له مستخدمين فى ذلك المعلومات المتاحة عن هذا النظام فى دليل نظام الضمان الصحى التعاونى الصادر عن وزارة الصحة .

مواد نظام الضمان الصحى التعاونى الصادر فى ١٤٢٠/٤/٢٧ هـ الموافق ١٩٩٩/٨/١١ م (وزارة الصحة ص ١٠-١٥) :

المادة الأولى :

يهدف هذا النظام إلى توفير الرعاية الصحية وتنظيمها لجميع المقيمين غير السعوديين فى المملكة ، ويجوز تطبيقه على المواطنين وغيرهم بقرار من مجلس الوزراء .

المادة الثانية :

تشمل التغطية بالضمان الصحى التعاونى جميع من ينطبق عليهم هذا النظام وأفراد أسرهم ، وفقًا لما جاء فى الفقرة (ب) من المادة الخامسة .

المادة الثالثة :

مع مراعاة مراحل التطبيق المشار إليها فى الفقرة (ب) من المادة الخامسة ، وما تقضى به المادتان الثانية عشرة والثالثة عشرة من هذا النظام – يلتزم كل من يكفل

مقيمًا بأن يشترك لصالحه فى الضمان الصحى التعاونى . ولا يجوز منح رخصة الإقامة أو تجديدها إلا بعد الحصول على وثيقة الضمان الصحى التعاونى ، على أن تغطى مدتها مدة الإقامة .

المادة الرابعة :

ينشأ مجلس للضمان الصحى برئاسة وزير الصحة وعضوية :

أ - ممثل على مستوى وكيل وزارة عن وزارة الداخلية ، ووزارة الصحة ، ووزارة العمل والشئون الاجتماعية ، ووزارة المالية والاقتصاد الوطنى ، ووزارة التجارة ، ترشحهم جهاتهم .

ب - ممثل عن مجلس الغرف التجارية الصناعية السعودية يرشحه وزير التجارة ، وممثل عن شركات التأمين التعاونى يرشحه وزير المالية والاقتصاد الوطنى بالتشاور مع وزير التجارة .

جـ - ممثل عن القطاع الصحى الخاص ، وممثلين اثنين عن القطاعات الصحية الحكومية الأخرى يرشحهم وزير الصحة بالتنسيق مع قطاعاتهم ، ويتم تعيين أعضاء المجلس وتجديد عضويتهم بقرار من مجلس الوزراء لمدة ثلاث سنوات قابلة للتجديد .

المادة الخامسة :

يتولى مجلس الضمان الصحى الإشراف على تطبيق هذا النظام ، وله على وجه الخصوص ما يلى :

أ - إعداد مشروع اللائحة التنفيذية لهذا النظام .

ب - إصدار القرارات اللازمة لتنظيم الأمور المتغيرة بشأن تطبيق أحكام هذا النظام ، بما فى ذلك تحديد مراحل تطبيقه ، وتحديد أسرة المستفيد المشمولين بالضمان ، وكيفية ونسبة مساهمة كل من المستفيد وصاحب العمل فى قيمة الاشتراك فى الضمان الصحى التعاونى ، وكذلك تحديد الحد الأعلى لتلك القيمة بناءً على دراسة متخصصة تشتمل على حسابات التأمين .

جـ - تأهيل شركات التأمين التعاونى للعمل فى مجال الضمان الصحى التعاونى .

د - اعتماد المرافق الصحية التى تقدم خدمات الضمان الصحى التعاونى .

هـ - تحديد المقابل المالى لتأهيل شركات التأمين التعاونى للعمل فى هذا المجال ، والمقابل المالى لاعتماد المرافق الصحية التى تقدم خدمات الضمان الصحى التعاونى ، وذلك بعد أخذ رأى وزارة المالية والاقتصاد الوطنى .

و - إصدار اللائحة المالية لإيرادات مجلس الضمان الصحى ومصروفاته ، بما فى ذلك أجور العاملين فيه ومكافآتهم ، بعد أخذ رأى وزارة المالية والاقتصاد الوطنى .

ز - إصدار اللائحة الداخلية لتنظيم سير أعمال المجلس .

ح - تعيين أمين عام المجلس ، بناءً على ترشيح من وزارة الصحة ، وتشكيل أمانة عامة وتحديد مهماتها .

المادة السادسة :

تغطى المصروفات اللازمة لأداء مجلس الضمان الصحى لأعماله وأجور العاملين فيه ومكافآتهم من الإيرادات التى يتم تحصيلها بموجب الفقرة (هـ) من المادة الخامسة ، وفق ما يتم الاتفاق عليه بين وزارة الصحة ووزارة المالية والاقتصاد الوطنى .

المادة السابعة :

تغطى وثيقة الضمان الصحى التعاونى الخدمات الصحية الأساسية الآتية :

أ - الكشف الطبى ، والعلاج فى العيادات ، والأدوية .

ب - الإجراءات الوقائية مثل : التطعيمات ، ورعاية الأمومة والطفولة .

جـ - الفحوصات المخبرية والشعاعية التى تتطلبها الحالة .

د - الإقامة والعلاج فى المستشفيات بما فى ذلك الولادة والعمليات .

هـ - معالجة أمراض الأسنان واللثة ، ماعدا التقويم والأطقم الصناعية .

ولا تُخِلّ هذه الخدمات بما تقضى به أحكام نظام التأمينات الاجتماعية ، وما تقدمه الشركات والمؤسسات الخاصة والأفراد لجميع منسوبيها من خدمات صحية أشمل مما نص عليه هذا النظام .

المادة الثامنة :

يجوز لصاحب العمل توسيع مجال خدمات الضمان الصحى التعاونى ، بموجب ملاحق إضافية ، وبتكلفة إضافية لتشمل خدمات تشخيصية وعلاجية أخرى أكثر مما نص عليه فى المادة السابقة .

المادة التاسعة :

يتم ترتيب ما يتعلق بالإجراءات الوقائية الصحية التى يخضع لها المشمولون بالضمان ، بما فى ذلك الفحوصات واللقاحات فى المدة التى تسبق إصدار وثيقة الضمان الصحى التعاونى بقرار من وزير الصحة .

المادة العاشرة :

يتحمل صاحب العمل تكاليف علاج المستفيد من الضمان فى الفترة التى تنقضى بين تاريخ استحقاق العلاج وتاريخ الاشتراك فى الضمان الصحى التعاونى .

المادة الحادية عشرة :

أ – يجوز عند الحاجة تقديم الخدمات الصحية المشمولة فى وثيقة الضمان الصحى التعاونى لحاملها من قبل المرافق الصحية الحكومية ، وذلك بمقابل مالى تتحمله جهة الضمان الصحى ، يحدد مجلس الضمان الصحى المرافق التى تقدم هذه الخدمة والمقابل المالى لها .

ب – يحدد وزير الصحة بعد الاتفاق مع وزير المالية والاقتصاد الوطنى إجراءات وضوابط كيفية تحصيل المقابل المالى المنصوص عليه فى الفقرة السابقة .

المادة الثانية عشرة :

يكون علاج العاملين في الجهات الحكومية المشمولين بهذا النظام وأفراد أسرهم في المرافق الصحية الحكومية ، متى كانوا متعاقدين مباشرة مع هذه الجهات وتحت كفالتها ، وكانت عقودهم تنص على حقهم في العلاج .

المادة الثالثة عشرة :

يجوز بقرار من مجلس الضمان الصحي إعفاء المؤسسات والشركات التي تملك مؤسسات طبية خاصة مؤهلة من الاشتراك في الضمان الصحي التعاوني عن الخدمات التي تقدمها لمنسوبيها .

المادة الرابعة عشرة :

أ - إذا لم يشترك صاحب العمل أو لم يقم بدفع أقساط الضمان الصحي التعاوني عن العامل لديه ممن ينطبق عليه هذا النظام وأفراد أسرته المشمولين معه بوثيقة الضمان الصحي التعاوني ؛ ألزم بدفع جميع الأقساط الواجبة السداد ، إضافة إلى دفع غرامة مالية لا تزيد على قيمة الاشتراك السنوي عن كل فرد ، مع جواز حرمانه من استقدام العمال لفترة دائمة أو مؤقتة . وتحدد اللائحة التنفيذية الجهة التي تدفع إليها الأقساط الواجبة السداد في هذه الحالة .

ب - إذا أخلت أي من شركات التأمين التعاوني بأي من التزاماتها المحددة في وثيقة الضمان الصحي التعاوني ؛ ألزمت بالوفاء بهذه الالتزامات وبالتعويض عما نشأ عن الإخلال بها من أضرار ، إضافة إلى دفع غرامة لا تزيد على خمسة آلاف ريال عن كل فرد مشمول بالوثيقة محل المخالفة .

جـ - تشكل بقرار من رئيس مجلس الضمان الصحي لجنة أو أكثر يشترك فيها ممثل عن :

١ - وزارة الداخلية .
٢ - وزارة العمل والشئون الاجتماعية .
٣ - وزارة العدل .
٤ - وزارة المالية والاقتصاد الوطني .
٥ - وزارة الصحة .
٦- وزارة التجارة .

وتختص هذه اللجنة بالنظر في مخالفات أحكام هذا النظام واقتراح الجزاء المناسب ، ويوقع الجزاء بقرار من رئيس مجلس الضمان الصحي ، وتحدد اللائحة التنفيذية كيفية هذه اللجنة . ويجوز التظلم من هذا القرار أمام ديوان المظالم ، خلال ستين يوماً من إبلاغه .

المادة الخامسة عشرة :

يحل المقيم غير المشمول بكفالة عمل محل صاحب العمل في الالتزامات المترتبة على هذا الأخير بموجب هذا النظام .

المادة السادسة عشرة :

تتولى وزارة الصحة مراقبة ضمان جودة ما يقدم من خدمات صحية للمستفيدين من الضمان الصحي التعاوني .

المادة السابعة عشرة :

يتم تطبيق الضمان الصحي التعاوني عن طريق شركات تأمين تعاونية سعودية مؤهلة تعمل بأسلوب التأمين التعاوني على غرار ما تقوم به الشركة الوطنية للتأمين التعاوني ، ووفقاً لما ورد في قرار هيئة كبار العلماء رقم (٥١) وتاريخ ١٣٩٧/٤/٤هـ .

المادة الثامنة عشرة :

يصدر وزير الصحة اللائحة التنفيذية لهذا النظام في مدة أقصاها سنة من تاريخ صدوره .

المادة التاسعة عشرة :

ينشر هذا النظام في الجريدة الرسمية ويبدأ تنفيذه بعد تسعين يوماً من صدور اللائحة التنفيذية ، أما الأحكام المتعلقة بإنشاء مجلس الضمان الصحي واختصاصاته فتعد نافذة من تاريخ نشره .

تحليل نظام الضمان الصحى التعاونى باستخدام أسلوب النظم :

أ- مدخلات النظام :

جمهور المستفيدين :

هم المقيمون غير السعوديين فى المملكة ، مع إمكانية إضافة السعوديين وغيرهم ممن لا ينطبق عليهم وصف المقيم فى مرحلة لاحقة (المادة الأولى) .

شركات التأمين :

شركات تأمين سعودية خاصة يتم تأهيلها من قبل مجلس الضمان الصحى للعمل فى مجال التأمين الصحى التعاونى على غرار الشركة الوطنية للتأمين التعاونى ، ووفقًا لما ورد بقرار هيئة كبار العلماء رقم (٥١) وتاريخ ١٣٩٧/٤/٤هـ (المادة الخامسة والمادة السابعة عشرة) .

أرباب العمل :

وفقًا للمادة الثالثة يجب على أرباب العمل الاشتراك فى الضمان الصحى التعاونى لصالح المقيمين الذين فى كفالتهم . أما أصحاب المؤسسات أو الشركات التى تملك مؤسسات طبية خاصة : فقد أجازت المادة الثالثة عشرة إعفاءهم من الاشتراك فى الضمان الصحى التعاونى من قبل مجلس الضمان الصحى : إذا تحقق للمجلس تأهيل هذه المؤسسات الطبية لتقديم الخدمات الصحية لمنسوبيها . وفى حالة وجود خدمات صحية أخرى لا تكون تلك المؤسسات مؤهلة لتقديمها : يجب الاشتراك فى الضمان الصحى التعاونى عن تلك الخدمات .

مجلس الضمان الصحى :

وفقًا للمادة الخامسة يختص هذا المجلس بالإشراف على تطبيق النظام ، ويشمل ذلك إعداد مشروع اللائحة التنفيذية للنظام ، وإصدار القرارات اللازمة لتسييره بما

فى ذلك تحديد مراحل التطبيق ، وتحديد أفراد أسرة المستفيد المشمولين بالضمان ، وحصة كل من المستفيد ورب العمل في قيمة الاشتراك ، والحد الأعلى لقيمة البوليصة ، وتأهيل شركات التأمين التعاونى للعمل فى مجال الضمان الصحى التعاونى ، واعتماد المرافق الصحية التى تقدم خدمات الضمان الصحى التعاونى ، وتحديد المقابل المالى لتأهيل شركات التأمين التعاونى للعمل فى هذا المجال ، والمقابل المالى لاعتماد المرافق الصحية التى تقدم خدمات الضمان الصحى التعاونى .

المرافق الصحية :

هى المرافق التى ستقدم الخدمة الصحية من خلالها للمستفيدين ، وتتكون أساساً من المنشآت الصحية الخاصة . أما المنشآت الصحية الحكومية وفقًا للمادة الثانية عشرة ، فستقوم بعلاج المقيمين العاملين لدى الجهات الحكومية وأفراد أسرهم : إذا كانوا تحت كفالة جهاتهم الحكومية التى يعملون بها ، وكانوا متعاقدين تعاقداً مباشراً مع الدولة ، وكانت عقودهم متضمنة النص على الحق فى العلاج ، كما يجوز تقديم الخدمات الصحية الواردة فى وثيقة الضمان الصحى التعاونى من قبل المرافق الصحية الحكومية بمقابل مالى تتحمله شركات التأمين وذلك عند الحاجة (وفقًا للمادة الحادية عشرة أ) .

ب - طرق العمل (أساليب العمل أو العمليات) :

تقديم الخدمات للمستفيدين :

تشمل الخدمات الوقائية والعلاجية الموضحة فى المادة السابعة من النظام ، مع تفعيل دور الرعاية الصحية الأولية ، وتحويل المريض للمستوى الأعلى فى الحالات التى تقتضى ذلك فقط ؛ مما يؤدى إلى تقليل التكلفة وزيادة كفاءة الخدمة المقدمة ، وإتاحة الفرصة لأرباب العمل لتوسيع مجالات وثيقة الضمان ؛ لكى تشمل خدمات أخرى بتكلفة إضافية وذلك وفقًا للمادة الثامنة .

ضبط الجودة :

وفقًا للمادة السادسة عشرة تتولى وزارة الصحة مراقبة جودة الخدمات الصحية المقدمة للمستفيدين ، ولكن لم تحدد هذه المادة الآليات الملائمة التي سوف تستخدم لتحقيق ذلك ، وقد يكون على مجلس الضمان الصحى أن يلعب دوراً رئيسياً فى هذا الصدد .

إدارة نظم السجلات الطبية :

تعتبر إدارة السجلات الطبية من صميم عمل المستشفيات ، ولكن عند تطبيق نظام الضمان الصحى التعاونى : سوف يتطلب الأمر زيادة الاهتمام بإدارات / أقسام السجلات الطبية بالمستشفيات كنظم فرعية لنظام الضمان الصحى لأهمية السجل الطبى فى استرداد تكلفة الخدمة الصحية المقدمة للمستفيدين من نظام الضمان الصحى ، وسوف يتطلب الأمر أيضًا زيادة التنسيق بين النظم الفرعية للسجلات الطبية وبين النظم المحاسبية فى المستشفيات .

إدارة النظم المحاسبية :

يتضمن ذلك النظم الفرعية المحاسبة على مستوى المستشفيات وعلى مستوى شركات التأمين ، مع أهمية وضع الآليات المناسبة للتنسيق بين هذه النظم .

إدارة نظم المعلومات :

تعتبر النظم الفرعية للمعلومات ، سواء على مستوى المستشفيات أو على مستوى شركات التأمين - بمنزلة العمود الفقرى لتنفيذ نظام الضمان الصحى التعاونى ، ويتطلب الأمر توفير الإمكانات البشرية والمادية والفنية اللازمة لتقوية هذه الأنظمة .

مراجعة الاستخدام :

يعتبر وسيلة من وسائل تقويم الخدمات الصحية المقدمة للمستفيدين ، والتأكد من عدم وجود إجراءات طبية غير ضرورية تم إجراؤها لهم ، أو وجود إجراءات طبية ضرورية لم يتم الانتباه إليها ، والنظم الفرعية للسجلات الطبية تلعب دوراً أساسياً فى هذا الصدد .

التقويم الإدارى :

يتم من قبل الإدارة العليا في المستشفيات للوقوف على أوجه القصور والعمل على معالجتها ومنع تكرارها .

تأهيل شركات التأمين للعمل فى مجال الضمان الصحى التعاونى :

يتم من قبل مجلس الضمان الصحى ، ووفقًا لما ورد فى قرار هيئة كبار العلماء رقم (٥١) وتاريخ ١٣٩٧/٤/٤هـ (المادة الخامسة والمادة السابعة عشرة من النظام) .

دفع المطالبات :

يتم من قبل شركات التأمين للمستشفيات / الأطباء مباشرة أو للمستفيدين ، بناءً على فواتير معتمدة من مقدمي الخدمة . وتعتبر الإدارة الفعالة لجميع النظم الفرعية السالفة الذكر ضرورية في هذا المجال : لضمان استرداد المستحقات المالية في توقيتات ملائمة وعدم ضياع هذه المستحقات .

تقويم الأداء وتوقيع العقوبات المناسبة :

توقع العقوبات على مخالفى أحكام النظام ، سواء كانوا من أرباب الأعمال أو من شركات التأمين ، وفقًا للمادة الرابعة عشرة من قبل لجنة تشكل خصيصًا لهذا الغرض بواسطة مجلس الضمان الصحى ، ويجوز التظلم من قرار هذه اللجنة أمام ديوان المظالم خلال ستين يومًا من إبلاغه .

ج - مخرجات النظام :

توفير خدمات صحية ملائمة بأسعار مناسبة :

وهذا مما يساعد على رفع المستوى الصحى للمستفيدين ؛ فسوف يؤدى تنفيذ النظام إلى زيادة الطلب على المرافق الصحية الخاصة ، وزيادة الاستثمارات فى هذه المرافق ، وتحسين الخدمات المقدمة من قبلها .

تخفيف الضغط على المرافق الصحية العامة :

مما يساعد على رفع جودة الخدمات المقدمة ، والمحافظة على العمر الافتراضى للأجهزة الطبية بهذه المرافق ، بل المرافق نفسها : فكثير من المترددين على المرافق الصحية الحكومية في الوقت الراهن هم من الوافدين (حوالى ١٦٪ من المترددين على المراكز الصحية والعيادات الخارجية لمستشفيات وزارة الصحة وحوالى ٢٠٪ من المنومين بالمستشفيات الحكومية ، وفقًا للكتاب الإحصائى الصحى السنوى الأخير (١٤١٩/١٤٢٠هـ) الذى تصدره وزارة الصحة السعودية . *

زيادة رضا المستفيدين عن الخدمات الصحية التى يحصلون عليها :

ففى الوضع الراهن ، ومع زيادة أعداد المترددين على المرافق الصحية الحكومية : ليس من السهل تحقيق مستوى عالٍ من رضا المستفيدين عن هذه الخدمات .

تنشيط القطاع الصحى الخاص ومساعدته على العمل بطاقته الكاملة :

مما يساعد على تطويره وخلق فرص عمل جديدة : فكثير من المرافق الصحية الخاصة تعانى حاليًا من حالة ركود ؛ نتيجة قلة الطلب على خدماتها من قبل غالبية الوافدين غير السعوديين ، والذين يشكلون نسبة عالية من سكان المملكة (قرابة ستة ملايين وافد) .

تحقيق مبدأ التكافل الاجتماعى بمنظور إسلامى :

وذلك من خلال شمول المستفيدين من النظام بمظلة تأمين صحى اجتماعى لا يقوم على الربح ، ولكن يهدف إلى المشاركة في المخاطر ؛ من أجل تخفيف أثرها على الفرد عن طريق التكافل بين المشتركين ، وقد أقرت هيئة كبار العلماء هذا النوع من التأمين .

---

* الصفحة ٢٢٥ و ٢٤٢ .

توفير مصدر لتمويل الخدمات الصحية :

مما يساعد على ترشيد الإنفاق الحكومي ، ورفع كفاءة الأداء بالمنشآت الصحية الحكومية ، فمما لا شك فيه أن تحويل الخدمات الصحية لغالبية كبيرة من الوافدين إلى مظلة الضمان الصحى : سوف يساعد على تحقيق ذلك ؛ لأن تمويل تلك الخدمات سوف يتم عن طريق المساهمات المالية للمستفيدين وأرباب العمل .

د - التغذية المرتدة :

- تتولى وزارة الصحة مراقبة ضمان جودة الخدمات الصحية المقدمة للمستفيدين من نظام الضمان الصحى التعاونى (المادة السادسة عشرة) ، **ولكن الأمر يتطلب وضع الآليات الملائمة لتنفيذ ذلك .**
- تشكل لجنة أو أكثر بقرار من رئيس مجلس الضمان الصحى ؛ للنظر فى مخالفات أحكام هذا النظام واقتراح الجزاء المناسب ، ورفع الأمر إلى رئيس مجلس الضمان الصحى الذى يوقع الجزاء (المادة الرابعة عشرة) .

هـ - المتغيرات البيئية المؤثرة على النظام :

العرض والطلب على الخدمات الصحية :

تنفيذ نظام الضمان الصحى المقترح ، سوف يؤدى إلى زيادة الطلب على خدمات القطاع الخاص ، وتقليل الطلب على الخدمات الحكومية ؛ مما يؤدى إلى تحسين الأوضاع لكلا القطاعين : فزيادة الطلب على خدمات القطاع الخاص سوف تنعش هذا القطاع ، وتزيد من استثماراته ، وتفتح المجال أمام توفير فرص عمل جديدة به ، أما تقليل الطلب على الخدمات الصحية الحكومية ؛ فسوف ينعش أيضًا هذه الخدمات ويحسنها ويرفع مستوى أدائها .

المناخ السياسى :

حالة الاستقرار السياسى التى تتمتع بها المملكة ستساعد على تنفيذ نظام الضمان الصحى ، والتغلب على العقبات التى لا بد أن تظهر فى الطريق ، شأنه شأن أى نظام جديد يتم تنفيذه على عدد كبير من الأفراد : فالمستفيدون المشمولون تحت مظلة هذا النظام فى مرحلته الأولى ، هم من الوافدين الذين يصل عددهم إلى أكثر من ستة ملايين نسمة .

المناخ الثقافى :

كان التمسك بتعاليم الشريعة الإسلامية وراء الابتعاد عن صور التأمين التجارى التى فيها شبهة استغلال للمستفيدين ، وخروج الشركات التى تمارس هذا النوع من التأمين من المنافسة فى مجال التأمين الصحى المزمع تنفيذه . وقد تناولت مواد النظام المشار إليها عاليه تأهيل شركات التأمين التى تريد العمل فى هذا المجال على غرار الشركة التعاونية للتأمين ، وهو ما أقره مجلس كبار العلماء .

الحالة الصحية للمجتمع :

نتيجة الجهود المتواصلة والخدمات الصحية الراقية التى وفرتها حكومة خادم الحرمين الشريفين : فإن الحالة الصحية للمجتمع لا تشكل عبئًا على النظام بشكل عام ولله الحمد ، ولكن تغيير نمط الأمراض المنتشرة من الأمراض المعدية والتى أمكن التغلب والسيطرة عليها إلى حد كبير ، إلى الأمراض المزمنة الأكثر تكلفة فى التعامل معها (وهو تغير متوقع تمر به جميع بلدان العالم فى مراحل مختلفة من تطورها) ، إضافة إلى ارتفاع متوسط العمر المتوقع - أدى ذلك إلى ارتفاع تكلفة الخدمات الصحية التى تقدمها الدولة : مما تطلب البحث عن حلول لتمويل هذه الخدمات ، وسوف يساعد ذلك على سرعة تنفيذ نظام الضمان الصحى المقترح .

التركيب السكانى :

لا شك أن زيادة أعداد الوافدين إلى المملكة لمواكبة خطط التنمية الطموحة ، قد شكلت عبئًا على المرافق الصحية الحكومية ؛ مما دعا إلى البحث عن حلول لتخفيف الضغوط على هذه المرافق ، وسوف يساعد ذلك أيضًا على سرعة تنفيذ نظام الضمان الصحى المقترح .

الإمكانات المتاحة :

بالنسبة للإمكانات البشرية المطلوبة لتنفيذ نظام الضمان الصحى المقترح ، فتوجد حاجة ملموسة لإعداد وتدريب الكوادر البشرية اللازمة لذلك فى مجالات محددة مثل إدارة وتشغيل نظم المعلومات والنظم المحاسبية اللازمة لتنفيذ النظام، بالإضافة إلى الخبراء الإكتواريين .

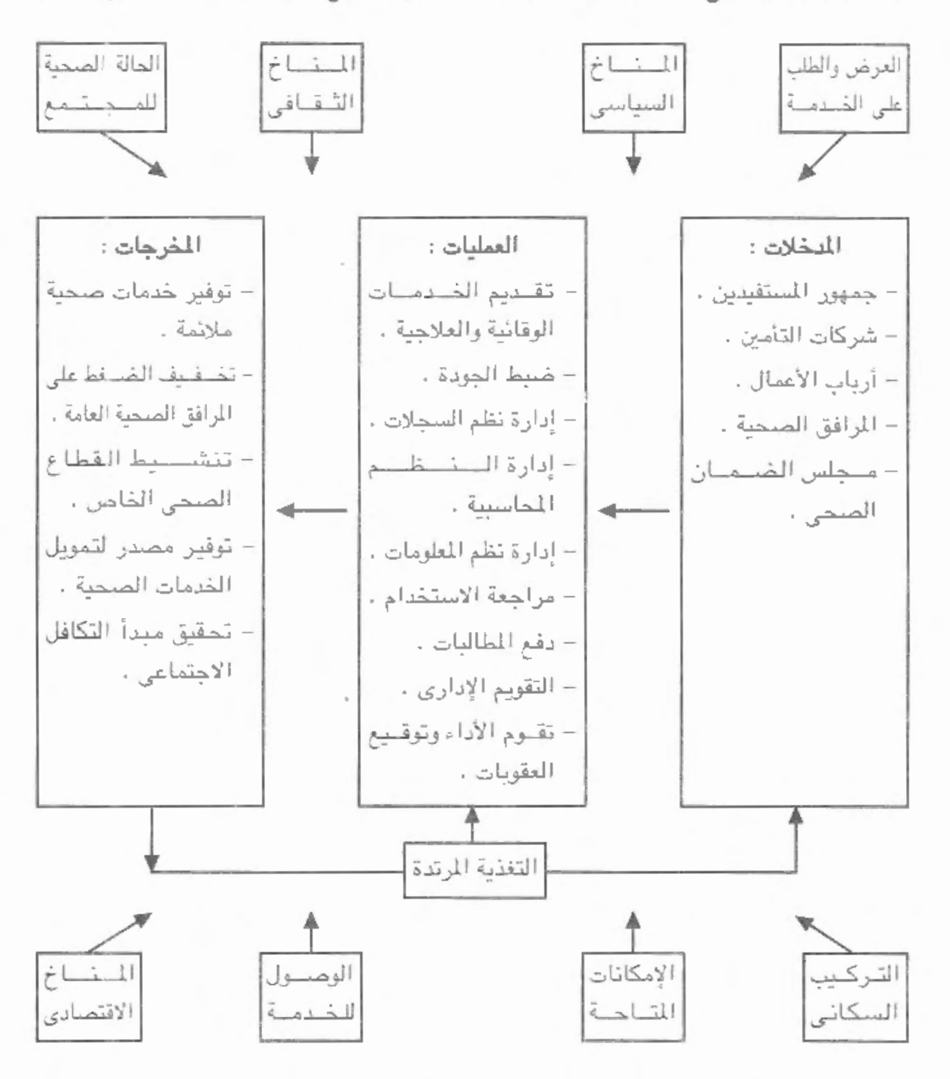
الوصول للخدمة :

الانتشار الحالى للمرافق الصحية فى جميع ربوع المملكة يسهل الوصول للخدمة ؛ مما سيكون عاملاً مساعداً على إنجاح النظام عند تنفيذه بمشيئة الله .

المناخ الاقتصادى :

أدى انخفاض عوائد النفط والارتفاع المطرد لتكاليف الخدمات الصحية إلى تشكيل ضغوط على الخدمات الصحية الحكومية ؛ مما أدى بدوره للبحث عن حلول للتمويل الجزئى للخدمات الصحية عن طريق آخر غير الميزانيات الحكومية ، وسوف يكون ذلك عاملاً مساعداً لتنفيذ نظام الضمان الصحى المقترح .

شكل رقم (٤-١) نموذج تحليل نظام الضمان الصحى التعاونى المزمع تنفيذه باستخدام أسلوب النظم



ويلخص الشكل رقم (١-٤) أعلاه عملية تحليل نظام الضمان الصحي التعاوني المزمع تنفيذه بهدف التعرف على مكونات (عناصر) النظام .

مقارنة بين نظم التأمين الصحى المستخدمة فى بعض بلدان العالم وبين نظام الضمان الصحى التعاونى المزمع تنفيذه :

لتحقيق الهدف الثانى للبحث ولسهولة عقد المقارنة بين أنظمة التأمين الصحى فى الدول التى تم تناولها فى الفصل الثانى من البحث مع نظام الضمان الصحى التعاونى المزمع تنفيذه : نقدم فيما يلى ملخصاً لأهم مميزات هذه الأنظمة فى الجداول التالية :

جدول رقم (٤-١) مقارنة بين نظم التأمين المستخدمة فى بعض بلدان العالم المتقدمة

البلد / عنصر المقارنة	الولايات المتحدة	كندا	بريطانيا
نوع التأمين .	- تأمين اجتماعى حكومى على فئات محددة من السكان . - تأمين خاص لمن يستطيع دفع قيمة الاشتراك .	- تأمين صحى وطنى إجبارى .	- خدمات صحية وطنية .
المنهجية المتبعة .	التأمين الحكومى : - برنامج الرعاية الطبية لكبار السن فوق الخامسة والستين (Medicare) . - برنامج المساعدة الطبية لرعاية الفقراء وغير القادرين (Medicaid) . - برنامج رعاية المحاربين القدماء (VA) .	- توفير الخدمات الصحية بالمستشفيات العامة بالتنسيق بين الحكومات المحلية والحكومة المركزية التى تضع المتطلبات الأساسية لخطط التأمين وتقدم منحًا مالية للمقاطعات قد تصل إلى ٥٠٪ من التكلفة .	- تقوم السلطات الصحية المحلية بتخطيط وتقديم جميع مستويات الرعاية الصحية . - المستفيدون يسجلون أنفسهم لدى ممارس عام وهو المسئول عن تحويلهم للخدمات التخصصية عند اللزوم .

البلد / عنصر المقارنة	الولايات المتحدة	كندا	بريطانيا
	التأمين الخاص : - نظم التأمين التجارى التقليدية . - مشاريع الرعاية الصحية المدارة اقتصادياً : - منظمات الرعاية المفضلة (P. P. O's) . - منظمات الحفاظ على الصحة (H. M. O's) .		
المستفيدون من السكان .	التأمين الحكومى : - كبار السن فوق الخامسة والستين - الفقراء وغير القادرين - المحاربون القدماء . التأمين الخاص : - من يستطيع دفع قيمة الاشتراك .	- جميع السكان .	- جميع السكان والمقيمون بصفة دائمة .
الخدمات المغطاة .	التأمين الحكومى : - الخدمات المهنية للأطباء والكوادر الصحية الأخرى . - خدمات المستشفيات (كبار السن فوق الخامسة والستين يدفعون مبالغ قابلة للاقتطاع) .	- جميع خدمات الأطباء . - خدمات المستشفيات المعتادة .	- خدمات الممارس العام . - خدمات الأخصائيين عند اللزوم . - الخدمات المعتادة للمستشفيات . - خدمات الأسنان لبعض فئات السكان .

عنصر المقارنة / البلد	الولايات المتحدة	كندا	بريطانيا
	التأمين الخاص : - جميع الخدمات الصحية المتاحة ، وفقاً لشروط التعاقد .		
التمويل .	التأمين الحكومي : - برنامج رعاية كبار السن : عن طريق التأمينات الاجتماعية بالولايات . - برنامج رعاية الفقراء : الحكومات المحلية والحكومة الفدرالية بالتساوى . التأمين الخاص : - وفقاً لشروط التعاقد .	- الميزانية العامة للدولة من حصيلة الضرائب العامة وفق تشريع تمويل البرنامج الذى ينص على أن تكون المساهمة الفدرالية على أساس عدد سكان المقاطعة ومؤشر النمو الاقتصادى .	- الضرائب العامة واشتراكات الضمان الاجتماعى .
تقديم الخدمات الصحية .	التأمين الحكومي : - تقدم الخدمات الصحية من خلال المستشفيات الخاصة ماعدا الخدمات المقدمة للمحاربين القدامى تقدم من خلال مستشفيات حكومية . التأمين الخاص : - من خلال مستشفيات ومنشآت صحية خاصة .	- من خلال المستشفيات العامة إلا أن ملكية وتشغيل معظم أسرة تلك المستشفيات يتم بمعرفة القطاع الخاص . - من خلال الطبيب العام الذى يحول على الطبيب المختص والمستشفى .	- من خلال الطبيب العام الذى يحول على الطبيب المختص والمستشفى . - من خلال الأخصائيين فى حالات الطوارئ .

البلد / عنصر المقارنة	الولايات المتحدة	كندا	بريطانيا
نظام الدفع لمقدمى الخدمة .	- الدفع عن اليوم العلاجى . - الدفع مقابل نوع التدخل . - الدفع مقابل التشخيصات . - الدفع مقابل الحالة/ الدواء .	- أطباء بالرواتب أو بالرسوم مقابل الخدمة . - التعويض من خلال التأمين الصحى الخاص .	- التعويض من قبل الخدمة الصحية الوطنية . - التعويض من خلال التأمين الصحى الخاص .
إدارة النظام .	- الحكومة الفدرالية للبرامج المقدمة للمسنين وغير القادرين والمحاربين القدماء . - القطاع الخاص لجميع نماذج التأمين الخاص .	- حكومات المقاطعات .	- وزارة الصحة . - الإدارات الصحية المحلية .
المشكلات التى يعانى منها النظام الحالى .	- الزيادة المتصاعدة فى تكلفة الخدمات الصحية . - المؤشرات الصحية الأمريكية أقل من مثيلاتها فى الدول المتقدمة الأخرى التى تصرف نسبة أقل من الدخل القومى على الخدمات الصحية . - من ٣٥-٦٠ مليون أمريكى ليس لديهم تغطية تأمينية فى وقت ما من السنة .	- ارتفاع تكلفة الخدمات الصحية . - طول الانتظار لإجراء الجراحات غير العاجلة .	- الزيادة المتصاعدة فى تكلفة الخدمات . - طول الانتظار لإجراء الجراحات غير العاجلة . - سوء إدارة النظام .

البلد / عنصر المقارنة	الولايات المتحدة	كندا	بريطانيا
	- من ليس لديه تغطية تأمينية يتعرض لمخاطر صحية بالغة الخطورة وترفض المستشفيات علاجه . - إجراءات علاجية غير ضرورية نتيجة طريقة تسديد التكلفة .		

تابع - جدول رقم (١-٤) مقارنة بين نظم التأمين المستخدمة فى بعض بلدان العالم المتقدمة

البلد / عنصر المقارنة	فرنسا	السويد	اليابان
نوع التأمين .	- تأمين اجتماعى حكومى على جميع السكان . - تأمين تكميلى تعاونى وخاص لمن يرغب .	تأمين صحى وطنى إجبارى .	- تأمين حكومى إلزامى على جميع السكان .
المنهجية المتبعة .	- هيئة الضمان الاجتماعى لخدمات الأطباء والمستشفيات . - نظام الخدمات العامة للخدمات الوقائية وخدمات الرعاية طويلة الأمد .	- خدمات الآباء والأطفال . - خدمات المرضى والمصابين بالعجز . - خدمات كبار السن والأرامل من النساء والرجال . - تأمين تكميلى خاص لمن يتجاوز دخله الشهرى ٢٣٠٠٠ sek .	- التأمين المدار بواسطة المجتمع للعاملين فى الشركات الكبيرة وأسرهم . - التأمين المدار بواسطة الحكومة للعاملين فى الشركات الصغيرة . - التأمين على أصحاب الأعمال الخاصة من غير العاملين فى الحكومة ومن المتقاعدين .

البلد / عنصر المقارنة	فرنسا	السويد	اليابان
المستفيدون من السكان .	- جميع السكان .	- جميع السكان والمقيمون .	- جميع السكان .
الخدمات المغطاة .	- الخدمات المهنية للأطباء والكوادر الصحية الأخرى بما في ذلك الوخز بالإبر الصينية وأخصائيي رعاية القدم والقابلات . - خدمات التنويم بالمستشفيات العامة والخاصة .	- جميع خدمات الأطباء . - خدمات المستشفيات المعتادة . - التعويض عن فقدان الدخل في حالة المرض ، العجز ، الحوادث .	- جميع الخدمات الصحية بالعيادات والمستشفيات سواء الخاصة أو الحكومية . - الرعاية المنزلية والرعاية التمريضية لكبار السن بالمستشفيات .
التمويل .	- عن طريق هيئة الضمان الاجتماعي .	- من خلال هيئة التأمينات الاجتماعية عن طريق الضرائب التصاعدية على الرواتب والاشتراكات التي يدفعها المستفيدون . - دعم مالي من الحكومة المركزية . - المريض يشارك بدفع ٢٠٪ من التكلفة .	- أقساط التأمين التي يدفعها المستفيدون أو تدفع عنهم . - الدعم الحكومي من الحكومة المركزية والحكومات المحلية . - مشاركة المستفيدين بجزء من التكلفة (٢٠٪ من تكلفة الخدمة) ما عدا المسنين .
تقديم الخدمات الصحية .	- للمريض الحرية المطلقة للذهاب إلى طبيب عام أو أخصائي أو إلى أي مستشفى يرغبه .	- من خلال التسجيل مع طبيب عام والتحويل إلى المستوى الأعلى. - الذهاب مباشرة إلى أخصائي مع تحمل كامل التكلفة .	- للمريض الحرية المطلقة للذهاب إلى طبيب عام أو أخصائي أو إلى أي مستشفى يرغبه . - بعض المستشفيات الخاصة الصغيرة تعمل في مجال

البلد / عنصر المقارنة	فرنسا	السويد	اليابان
			الرعاية طويلة الأجل كـ(بيوت المسنين) .
نظام الدفع لمقدمي الخدمة .	- الدفع المباشر من قبل المريض ويتم تعويض المريض من خلال الضمان الاجتماعي .	- تعويض مقدمي الخدمة من قبل هيئة التأمينات الاجتماعية في حال استخدام المريض للنظام العام . - الدفع المباشر للأخصائيين من قبل المرضى في حال ذهاب المرضى لهم بدون تحويل من الطبيب العام .	- رواتب ثابتة للأطباء .
إدارة النظام .	- هيئة الضمان الاجتماعي . - وزارة الصحة .	- المجلس الوطني للتأمينات الاجتماعية . - المجالس الإقليمية (وعددها ٢٣) والمجالس البلدية (وعددها ٣) .	- الحكومات المحلية .
المشكلات التي يعاني منها النظام الحالي .	الزيادة المتصاعدة في التكلفة . - النظام يشجع الأطباء على زيادة الاستخدام . - الحاجة لتأمين تكميلي للاستفادة من جميع الخدمات المتاحة .	- ارتفاع تكلفة الخدمات الصحية.	- الزيادة المتصاعدة في تكلفة الخدمات . - سوء استخدام الخدمات من قبل المسنين الذين يعالجون مجاناً . - طول الانتظار للدخول للمستشفيات في حين أن المنومين بالمستشفيات يبقون فترات طويلة .

جدول رقم (٢-٤) مقارنة بين نظم التأمين المستخدمة فى بعض بلدان العالم النامية

البلد / عنصر المقارنة	مصر	المغرب	شيلى
نوع التأمين .	تأمين اجتماعى حكومى على فئات محددة من السكان . - نظم التأمين الصحى التجارى التقليدية لمن يستطيع الدفع . - نظم تأمين صحى خاص اختيارى من خلال النقابات المهنية لمن يريد الاشتراك .	- تأمين خاص لمن يرغب ويستطيع دفع قيمة الاشتراك . - تأمين إجبارى لتغطية المخاطر الكبرى مع تأمين مكمل اختيارى لفئات محددة من السكان .	- تأمين اجتماعى حكومى . - تأمين حكومى شبه خاص . - تأمين خاص .
المنهجية المتبعة .	التأمين الحكومى : - توفير الخدمات الصحية من خلال المستشفيات التابعة للهيئة العامة للتأمين الصحى والمستشفيات الأخرى المتعاقدة مع النظام سواء حكومية أو خاصة . التأمين الخاص . - توفير الخدمات الصحية من خلال العيادات والمستشفيات والمنشآت الصحية الخاصة .	- تقديم الخدمات الصحية من خلال القطاع الخاص .	التأمين الاجتماعى الحكومى : - الرعاية المؤسسية : الاشتراك فى الصندوق الصحى الوطنى - دفع جزء من التكلفة التشغيلية (مدعم من الدولة) . - الاختيار الحر : الاشتراك فى الصندوق الوطنى + دفع ٥٠٪ من تكلفة الخدمات . - التأمين الإجبارى ضد الحوادث والأمراض المهنية .

البلد / عنصر المقارنة	مصر	المغرب	شيلي
			التأمين الحكومي شبه الخاص : - خطط الضمان الاجتماعي للتأمين الصحي الخاص .
المستفيدون من السكان .	التأمين الحكومي : - الموظفون بالقطاع الحكومي . - بعض العاملين بالقطاعين العام والخاص . - أصحاب المعاشات والأرامل . - تلاميذ المدارس . التأمين الخاص : - من يرغب ومن يستطيع دفع قيمة الاشتراك .	التأمين الخاص : - من يرغب ومن يستطيع دفع قيمة الاشتراك . التأمين الإجباري : - الفئة العاملة بالقطاعين الخاص والحكومي .	التأمين الاجتماعي الحكومي : - جميع العاملين والمتقاعدين المشتركين بنظام الضمان الاجتماعي . التأمين شبه الخاص : - من يرغب من العاملين والمتقاعدين المشتركين بنظام الضمان الاجتماعي . التأمين الخاص : - من يرغب ومن يستطيع دفع قيمة الاشتراك .
الخدمات المغطاة .	التأمين الحكومي : - خدمات العيادات الخارجية العامة والتخصصية . - المدى الكامل لخدمات التنويم بالمستشفيات . - خدمات الأسنان .	التأمين الخاص : - المشكلات الصحية الشائعة قليلة المخاطر . - يجب أن يكون المشترك أقل من ٦٠ سنة . التأمين الإجباري : - تغطية المخاطر العالية بصفة أساسية لجميع	التأمين الحكومي : - الرعاية الطبية على المستوى الثانوي والمستوى الثالث . التأمين الخاص : - جميع الخدمات الطبية المتاحة وفقًا لشروط التعاقد .

البلد / عنصر المقارنة	مصر	المغرب	شيلى
	- التركيبات الصناعية - الفحص الدورى للعمال المعرضين لمخاطر مهنية . التأمين الخاص : - جميع الخدمات الصحية المتاحة ، وفقًا لشروط التعاقد .	المستفيدين مع تغطية مكملة اختيارية لتحسين التغطية الحالية للتأمين الخاص .	التأمين الإجبارى ضد الحوادث والأمراض المهنية : - الخدمات الوقائية والعلاجية والتأهيلية المتعلقة بالحوادث والأمراض المهنية .
التمويل .	- اشتراكات المستفيدين . - الميزانية العامة للدولة .	التأمين الخاص : - اشتراكات المستفيدين . التأمين الإجبارى : - ثلثا التكلفة من أرباب العمل والثلث من المستفيد .	النظام الحكومى : - الضرائب العامة واشتراكات المستفيدين . التأمين الخاص : - اشتراكات المستفيدين .
تقديم الخدمات الصحية .	التأمين الحكومى : - من خلال المستشفيات التابعة للهيئة العامة للتأمين الصحى والمستشفيات المتعاقدة مع النظام سواء حكومية أو خاصة . التأمين الخاص : - من خلال العيادات والمستشفيات والمنشآت الصحية الخاصة .	- من خلال المستشفيات والمنشآت الصحية الخاصة .	الرعاية المؤسسية : - من خلال المنشآت الصحية العامة . الاختيار الحر : - من خلال المنشآت الصحية العامة والخاصة . التأمين الإجبارى ضد الحوادث : - من خلال منشآت صحية خاصة غير هادفة للربح .

البلد / عنصر المقارنة	مصر	المغرب	شيلي
			خطط الضمان الاجتماعي للتأمين الخاص : - المنشآت الصحية الخاصة . - منظمات الحفاظ على الصحة . - منظمات الرعاية المفضلة . التأمين الصحي الخاص . المنشآت الصحية الخاصة .
نظام الدفع لمقدمي الخدمة .	- الدفع عن اليوم العلاجي . - الدفع مقابل نوع التدخل . - الدفع مقابل الحالة/ الدواء .	- رواتب حكومية للعاملين بالقطاع الحكومي . - التعويض من قبل شركات التأمين .	- رواتب من خلال الصندوق الصحي الوطني . - التعويض من قبل شركات التأمين .
إدارة النظام .	- الهيئة العامة للتأمين الصحي .	- التأمين الخاص : - شركات التأمين . - التأمين الإجباري : - الوكالة الوطنية للتغطية الطبية .	- الصندوق الصحي الوطني للبرامج العامة . - الضمان الاجتماعي . - القطاع الخاص للخدمات الصحية الخاصة .
المشكلات التي يعاني منها النظام الحالي .	- خسائر مالية سنوية نتيجة سوء استخدام النظام . - حوالي ٦٥٪ من السكان لا يشملهم النظام حاليًا .	- النظام الحالي لا يقوم بوظيفته لحماية جميع السكان من المخاطر المالية العالية وإعادة توزيع الدخل من الأغنياء إلى الأقل قدرة ولا من الأصحاء إلى المرضى ولا يسهم بشكل فعال في تمويل الخدمات الصحية .	- ضعف التغطية للفقراء وعدم المساواة في التاحية الدخول إلى النظام . - إدارة غير فعالة للقطاع العام .

تابع - جدول رقم (٢-٤) مقارنة بين نظم التأمين المستخدمة في بعض بلدان العالم النامية

عنصر المقارنة / البلد	البرازيل	المكسيك	سنغافورة
نوع التأمين .	- تأمين اجتماعي لجميع العاملين من خلال مؤسسة الرفاهة الوطنية . - تأمين تجاري خاص يغطي نحو ٢٦٪ من السكان لمن يستطيع الدفع .	- تأمين اجتماعي يغطي نحو ٥٠٪ من السكان تقريباً . - تأمين تجاري خاص يغطي نحو ٥٪ فقط من السكان تقريباً .	- تأمين إجباري على جميع العاملين لتوفير خدمات الرعاية الصحية الأساسية . - تأمين مساند لتغطية التكلفة الباهظة وهو اختياري .
المنهجية المتبعة .	التأمين الاجتماعي: - توفير الخدمات الصحية من خلال المستشفيات العامة والقطاع الخاص الذي يتعاقد معه النظام العام ويتم الدفع له من خلال أساليب التعويض . التأمين الخاص : - توفير الخدمات الصحية من خلال العيادات والمستشفيات والمنشآت الصحية الخاصة .	التأمين الاجتماعي : تقديم الخدمات الصحية من خلال المنشآت الصحية الحكومية . التأمين الخاص : - توفير الخدمات الصحية من خلال العيادات والمستشفيات والمنشآت الصحية الخاصة .	الادخار الطبي Medisave : يستقطع جزءاً من الراتب للادخار الطبي يوضع في حساب خاص لا يستفيد منه إلا العامل وأفراد أسرته . الحماية الطبية Medishield : - يمكن استخدامه من قبل المواطنين والمقيمين بصفة مستديمة وأسرهم للحماية من التكاليف الباهظة .
المستفيدون من السكان .	التأمين الاجتماعي : - العاملين بالقطاع الحكومي . - العاملين بالقطاع الخاص .	التأمين الاجتماعي : - موظفو الدولة والقوات المسلحة والعاملون في القطاع الخاص والشركة الوطنية للنفط .	الادخار الطبي Medisave : - جميع العاملين بما في ذلك أصحاب الأعمال الخاصة الصغيرة .

البلد / عنصر المقارنة	البرازيل	المكسيك	سنغافورة
	التأمين الخاص : - من يرغب ومن يستطيع دفع قيمة الاشتراك .	التأمين الخاص : - من يرغب ومن يستطيع دفع قيمة الاشتراك .	الحماية الطبية Medishield : - لمن يريد الاشتراك .
الخدمات المغطاة .	التأمين الحكومي : - خدمات العيادات الخارجية العامة والتخصصية . - خدمات التنويم بالمستشفيات . التأمين الخاص : - جميع الخدمات الصحية المتاحة ، وفقًا لشروط التعاقد .	التأمين الاجتماعي : - الخدمات الصحية الأساسية بالعيادات والمستشفيات الحكومية وخدمات التنويم . التأمين الخاص : - جميع الخدمات الصحية المتاحة ، وفقًا لشروط التعاقد .	الادخار الطبي Medisave : - خدمات العيادات الخارجية العامة والتخصصية . - خدمات التنويم بالمستشفيات للمشاكل الصحية ذات التكلفة غير المرتفعة . - الحماية الطبية Medishield : - الأمراض ذات الطبيعة المأساوية والتكلفة الباهظة .
التمويل .	التأمين الاجتماعي : - مساهمات العاملين بنسبة ٨٪ من الراتب مع مساهمة مماثلة من رب العمل - مساهمات الذين يعملون لحسابهم الخاص بنسبة ١٦٪ من الدخل . التأمين الخاص : - وفقاً لشروط العقد .	التأمين الاجتماعي : - تمول مؤسسات الضمان الاجتماعي لموظفي الدولة والقوات المسلحة من خلال مساهمات العاملين ، بالإضافة إلى دعم فدرالي . - المؤسسات التي تعنى بموظفي القطاع الخاص تمول من خلال مساهمات	الادخار الطبي Medisave : - ٦٪ من الراتب لمن هم أقل من ٤٥ سنة . - ٨٪ من الراتب لمن يزيد عمرهم على ٤٥ سنة . - ٦٪ من الدخل الشهري لأصحاب الأعمال الصغيرة . الحماية الطبية Medishield : - يتميز بأن أقساطه يسيرة : ١٢ دولاراً

البلد / عنصر المقارنة	البرازيل	المكسيك	سنغافورة
		العاملين وأرباب العمل ودعم فدرالي . التأمين الخاص : - من خلال اشتراكات المستفيدين وفقًا للعقود .	إلى ١٣٢ دولاراً في السنة وفقاً لسن المشترك .
تقديم الخدمات الصحية .	التأمين الاجتماعي : - من خلال المستشفيات والمنشآت الصحية العامة والخاصة . التأمين الخاص : - من خلال العيادات والمستشفيات والمنشآت الصحية الخاصة .	التأمين الاجتماعي : - من خلال المستشفيات والمنشآت الصحية العامة والخاصة التأمين الخاص : - من خلال العيادات والمستشفيات والمنشآت الصحية الخاصة .	- من خلال المستشفيات والمنشآت الصحية العامة والخاصة .
نظام الدفع لمقدمي الخدمة .	التأمين الاجتماعي : - من خلال أساليب التعويض لمقدمي الخدمة من قبل مؤسسة الرفاهة الاجتماعية الوطنية . التأمين الخاص : - التعويض من قبل شركات التأمين .	- رواتب حكومية للعاملين بالقطاع الحكومي . - التعويض من قبل شركات التأمين .	- التعويض من قبل شركات التأمين .
إدارة النظام .	التأمين الاجتماعي : - المجلس الصحي الوطني . - اللجنة الثلاثية للإدارة المشتركة . - وزارة الصحة .	- وزارة الصحة . - المؤسسة العامة للضمان الاجتماعي .	- مؤسسة التأمين العام .

البلد / عنصر المقارنة	البرازيل	المكسيك	سنغافورة
	التأمين الخاص : - القطاع الخاص .		
المشكلات التي يعاني منها النظام الحالي .	- نقص في التمويل . - عدم المساواة في المتاحية للدخول للنظام .	- نقص التمويل . - ضعف التغطية بالنسبة للفقراء وعدم المساواة في المتاحية للدخول إلى النظام .	- يتحمل المريض جزءاً كبيراً من التكلفة (قد تصل إلى ١٠٠٪) في حال احتياجه للخصوصية أثناء تنويمه بالمستشفى .

جدول رقم (٣-٤) نظام الضمان الصحي المزمع تطبيقه بالمملكة العربية السعودية

نوع التأمين	تأمين تعاوني غير حكومي يعتمد على عقود التبرع التي يقصد بها التعاون على تفتيت الأخطار
المنهجية المتبعة .	- توفير الخدمات الصحية للمستفيدين عن طريق المستشفيات الخاصة بوجه عام . - علاج المقيمين العاملين لدى الجهات الحكومية وأفراد أسرهم من خلال المنشآت الصحية الحكومية ، إذا كانوا تحت كفالة جهاتهم الحكومية التي يعملون بها ، وكانوا متعاقدين تعاقداً مباشراً مع الدولة ، وكانت عقودهم متضمنة النص على الحق في العلاج . - تقديم الخدمات الصحية الواردة في وثيقة الضمان الصحي التعاوني من قبل المرافق الصحية الحكومية بمقابل مالي تتحمله شركات التأمين . وذلك عند الحاجة .
المستفيدون من السكان .	- المقيمون غير السعوديين في المرحلة الأولى للتطبيق . - السعوديون في مراحل لاحقة .
الخدمات المغطاة .	- الكشف الطبي والعلاج في العيادات والأدوية . - الإجراءات الوقائية مثل التطعيمات ورعاية الأمومة والطفولة . - الفحوصات المخبرية والشعاعية التي تتطلبها الحالة . - الإقامة والعلاج بالمستشفيات بما في ذلك الولادة والعمليات . - معالجة أمراض الأسنان واللثة ، ما عدا التقويم والأطقم الصناعية .

تابع - جدول رقم (٣-٤) نظام الضمان الصحى المزمع تطبيقه بالمملكة العربية السعودية

التمويل .	- أقساط التأمين التي يدفعها المستفيدون . - مساهمات أرباب الأعمال فى أقساط التأمين . - مساهمات المستفيدين بجزء من التكلفة الفعلية لكل خدمة تقدم لهم .
تقديم الخدمات الصحية .	- من خلال المنشآت الصحية الخاصة بوجه عام . - من خلال المنشآت الصحية الحكومية وفق شروط .
نظام الدفع لمقدمى الخدمة .	- سوف يحدد بصدور اللائحة التنفيذية للنظام .
إدارة النظام .	- يتولى مجلس الضمان الصحى الإشراف على تطبيق النظام . - تتولى وزارة الصحة مراقبة جودة الخدمات الصحية المقدمة . - تتولى الإدارة العليا فى المستشفيات وشركات التأمين إدارة الجوانب التشغيلية الخاصة بهم .
المشكلات التى يعانى منها النظام .	- رغم أن النظام لم يبدأ تنفيذه إلا أن المشكلات الواضحة فى الفترة الراهنة تتمثل فى نقص الكوادر المدربة واللازمة لتنفيذ النظام .

وبمقارنة ما تقدم من أنظمة التأمين الصحى مع نظام الضمان الصحى التعاونى المزمع تنفيذه (كما تم تقديمه فى الجزء الخاص بتحليل النظام) وفى جدول رقم (٣-٤) السابق نجد أن النظام الأخير يتماشى مع الشريعة الإسلامية ويلائم الوضع الاقتصادى والسياسى بالمملكة ، ويلبى احتياجات المقيمين والذين يشكلون نسبة عالية من السكان ، إلا أنه يجب توقع حدوث بعض المشكلات عند بدء التنفيذ (مثل أى نظام تأمين آخر فى العالم) ، ويصعب فى الوقت الراهن التكهن بطبيعة هذه المشكلات وحجمها ، خاصة أن اللائحة التنفيذية للنظام لم تصدر حتى تاريخ كتابة هذه السطور .

من جهة أخرى ، يتبين مما تقدم أنه لا يوجد نظام تأمين صحى مثالى يمكن تعميمه فى جميع بلدان العالم ، فكل نظام له أوجه إيجابية وأخرى سلبية تظهر فى صورة مشكلات يعانى منها النظام . والشيء المؤكد الذى تظهره الإحصاءات الصحية

أن ما يصرف على الصحة ليس بالضرورة هو العامل المحدد للحالة الصحية للمجتمع ، فكما يوضح جدول رقم (٤-٤) لا ترتبط المؤشرات الصحية الأكثر استخداماً لمقارنة الحالة الصحية للمجتمعات بنسبة المنصرف على الصحة من الناتج القومي : فالولايات المتحدة الأمريكية على سبيل المثال تعتبر أكثر دول العالم إنفاقاً على الصحة (١٤٪ من الناتج القومي في عام ١٩٩٥م) إلا أن مؤشراتها الصحية ليست الأفضل ، فبالمقارنة مع اليابان مثلاً (٧.٢٪ فقط من الناتج القومي صُرِفَ على الصحة في نفس العام) : نجد أن المؤشرات الصحية في اليابان أفضل (معدل وفيات الأطفال الرضع ٧ لكل ألف ومتوسط العمر المتوقع عند الولادة ٧٣ سنة للذكور و٨٠ سنة للإناث في الولايات المتحدة عام ١٩٩٨م ، مقابل ٤ لكل ألف و٧٧ سنة للذكور و٨٣ سنة للإناث في اليابان في نفس العام على التوالي) .

جدول رقم (٤-٤) مقارنة بعض المؤشرات الصحية والاقتصادية في بعض دول العالم

الدولة	متوسط العمر المتوقع عند الولادة		المنصرف على الصحة من الناتج القومي(٪) للعام ١٩٩٥م	معدل وفيات الأطفال الرضع (في الألف) للعام ١٩٩٨م
	ذكور ١٩٩٨م	إناث ١٩٩٨م		
الولايات المتحدة	٧٣	٨٠	١٤	٧
كندا	٧٦	٨٢	٩.٢	٦
بريطانيا	٧٥	٨٠	٦.٩	٧
فرنسا	٧٤	٨٢	٩.٧	٦
اليابان	٧٧	٨٣	٧.٢	٤
روسيا	٦١	٧٣	٤.٨	١٨
السويد	٧٦	٨١	٧.٣	٥

المصدر : Basic Health Indicators from the World Health Report, 1999

وقد يظن البعض أن السبب فى ذلك يرجع إلى عدم توافر تأمين صحى وطنى ، والاعتماد على نظم التأمين الصحى الخاص ، واستخدام التقنيات الطبية المتقدمة باهظة التكلفة فى الولايات المتحدة ، ولكن إذا قارنّا بين المؤشرات الصحية لكل من كندا والسويد على سبيل المثال (وكلتاهما تستخدم نظام تأمين صحى وطنى) نجد أن المؤشرات الصحية للسويد تكاد تكون متساوية أو أفضل (معدل وفيات الأطفال الرضع ٦ لكل ألف ومتوسط العمر المتوقع عند الولادة ٧٦ سنة للذكور و٨٢ سنة للإناث فى كندا عام ١٩٩٨ م ، مقابل ٥ لكل ألف و٧٦ سنة للذكور و٨١ سنة للإناث فى السويد فى نفس العام على التوالى) رغم أن المنصرف من الناتج القومى على الصحة فى السويد يقل عن مثيله فى كندا فى نفس العام (٧,٣٪ مقابل ٩,٢٪ على التوالى) .

من ناحية أخرى ، نجد أن نظام التأمين الصحى فى السويد يحد من حرية اختيار المواطن لمقدمى الخدمة ، مقارنة بنظم التأمين الصحى المعمول بها فى دول أخرى كفرنسا مثلاً ، والتى يتمتع نظام التأمين الصحى بها بكثير من الإيجابيات إلا أن من سلبياته ترك مساحة كبيرة من الحرية فى استخدام الأدوية : مما جعل الفرنسيين يحتلون المركز الأول عالميًا فى استخدام الأدوية والعقاقير (وما لذلك من تأثير سلبى على المستوى الصحى) .

ولو نظرنا إلى بعض أنظمة التأمين الصحى فى دول أخرى لوجدنا مشكلات سوء الإدارة وسوء الاستخدام ، وتتفاوت درجاتهما من دولة إلى أخرى ، وفقًا لتفاوت النظام السياسى والاقتصادى بهذه الدول .

والخلاصة أن لكل مجتمع النظام التأمينى الذى يلائمه ، وفقًا لدرجة تطور المجتمع ونظامه الاقتصادى والسياسى ، إلا أنه بصفة عامة تسعى جميع الدول إلى تقديم وإتاحة الرعاية الصحية لجميع مواطنيها والمقيمين بها بأنسب الطرق التى تلائمها ، والحد الأدنى لهذه الرعاية يشمل عادة خدمات الرعاية الأولية والخدمات الوقائية بالإضافة إلى خدمات التنويم وتوفير الأدوية الأساسية .



الفصل الخامس

- عرض وتحليل نتائج الدراسة الميدانية

- أولاً : تحليل آراء أفراد عينة المشتركين حالياً في نظام للتأمين الصحي .

- ثانياً : تحليل آراء أفراد عينة غير المشتركين حالياً في نظام للتأمين الصحي .

- ثالثاً : تحليل آراء إداريي شركات التأمين المشتركة في الدراسة .

- رابعاً : تحليل آراء إداريي مستشفيات مدينة الرياض المشتركة في الدراسة .



أولاً - تحليل آراء أفراد العينة المشتركين حاليًا فى نظام للتأمين الصحى (وسوف يشار إليهم فيما يلى بالمشتركين) :

جدول رقم (١-٥) توزيع المشتركين محل الدراسة وفقًا للخواص الديموجرافية ، الرياض ١٤٢٢هـ

العمر	عدد الأفراد	النسبة المئوية
أقل من ٣٠	٣٤	١٢.٨
من ٣٠ - ٤٠	١٢٢	٤٦.١
من ٤١ - ٥٠	٨٤	٣١.٧
أكبر من ٥٠	٢٥	٩.٤
المجموع	٢٦٥ *	١٠٠,٠

الجنس	عدد الأفراد	النسبة المئوية
ذكر	٢٥٩	٩٤.٥
أنثى	١٥	٥.٥
المجموع	٢٧٤ *	١٠٠,٠

الحالة الزواجية	عدد الأفراد	النسبة المئوية
أعزب	٥٠	١٨.٥
متزوج	٢١٨	٨٠,٠
مطلق	٣	١.١
المجموع	٢٧١ *	١٠٠,٠

المستوى التعليمي	عدد الأفراد	النسبة المئوية
أقل من ثانوى	٩	٣.٢
ثانوى	٦٢	٢٣.٠
جامعى	١٥٩	٥٨.٩
ماجستير	٣٦	١٣.٣
دكتوراه	٤	١.٥
المجموع	**٢٧٠** *	**١٠٠,٠**

محل الإقامة	عدد الأفراد	النسبة المئوية
شمال الرياض	٤٩	٣٠.١
جنوب الرياض	٣٠	١٨.٤
شرق الرياض	٧٦	٤٦.٦٣
غرب الرياض	٨	٤.٩
المجموع	**١٦٣** *	**١٠٠,٠**

* العدد الكلى للعينة = ٢٧٥ والفرق فى المجموع هم غير المستجيبين للسؤال .

يبين الجدول رقم (١-٥) توزيع المشتركين محل الدراسة وفق الخواص الديموجرافية للعينة . بالنسبة للتوزيع وفق العمر فغالبية المستجيبين (٧٧,٨٪) تتراوح أعمارهم بين ٣٠ إلى ٥٠ سنة . أما عن التوزيع وفق الجنس فقد شكلت الإناث ٥,٥٪ فقط من عينة المشتركين محل الدراسة .

فيما يتعلق بالتوزيع وفقًا للحالة الزواجية ، فقد بلغت نسبة المتزوجين (٨٠.٠٪) من المستجيبين ، مقابل (١٩,٦٪) لغير المتزوجين حاليًا (أعزب ومطلق) .

بالنسبة لتوزيع العينة وفق المستوى التعليمي ، فقد بلغت نسبة الحاصلين على التعليم الجامعي حوالي (٥٩,٠٪) من المشتركين ، ونسبة من حصل منهم على الماجستير والدكتوراه نحو (١٥٪) مقابل (٢٣,٠٪) للحاصلين على التعليم الثانوي .

بخصوص توزيع العينة وفقًا لمحل الإقامة ، فقد مثل المقيمون في شرق الرياض (٤٦,٤٪) من المستجيبين ، مقابل (٣٠,١٪) للمقيمين بشمال الرياض ، و(١٨,٤٪) للمقيمين بجنوبها ، في حين بلغت نسبة المقيمين في غرب الرياض (٤,٩٪) فقط من مجموع المستجيبين ، ويمكن تعليل ذلك ببعد المسافة عن وسط المدينة وشرق الرياض ، حيث تتمركز أغلب مراكز العمل إضافة إلى ارتفاع قيمة إيجارات المساكن بهذه المنطقة .

جدول رقم (٢-٥) توزيع المشتركين محل الدراسة وفقًا للجنسية ، الرياض ١٤٢٢هـ

الجنسية	عدد الأفراد	النسبة المئوية
سوري	١٨	٧,٢
مصري	٢٥	١٠,٠
سوداني	٣٥	١٣,٩
باكستاني	١٨	٧,٢
أردني	١٩	٧,٦
أمريكي	٢	٠,٨
أيرلندي	٣	١,٢
فلسطيني	٢	٠,٨
تونسي	٦	٢,٤
فلبيني	٥١	٢٠,٣
سيريلانكي	٧	٢,٨
لبناني	٥	٢,٠
إريتيري	٥	٢,٠
هندي	٢٠	٨,٠
مغربي	٩	٣,٦
يمني	٤	١,٦
بريطاني	٧	٢,٨
صومالي	٢	٠,٨
إندونيسي	١٣	٥,٢
المجموع	**٢٥١***	**١٠٠,٠**

* عدد غير المستجيبين = ٢٤ .

كما يبين الجدول رقم (٢-٥) ، أن أعلى نسبة من المشتركين (٢٠,٣٪) من الجنسية الفليبينية ، يليهم السودانيون بنسبة (١٣,٩٪) ، ثم المصريون بواقع (١٠,٠٪) ، وتراوحت نسبة باقي الجنسيات بين أقل من (١٪) لكل من الجنسية الصومالية والأمريكية و(٠,٨٪) للجنسية الهندية .

جدول رقم (٣-٥) توزيع المشتركين محل الدراسة وفقاً لجهة العمل ، الرياض ١٤٢٢هـ

جهة العمل	عدد الأفراد	النسبة المئوية
حكومية	٦١	٢٣,٣
غير حكومية	٢٠١	٧٦,٧
المجموع	**٢٦٢ ***	**١٠٠,٠**

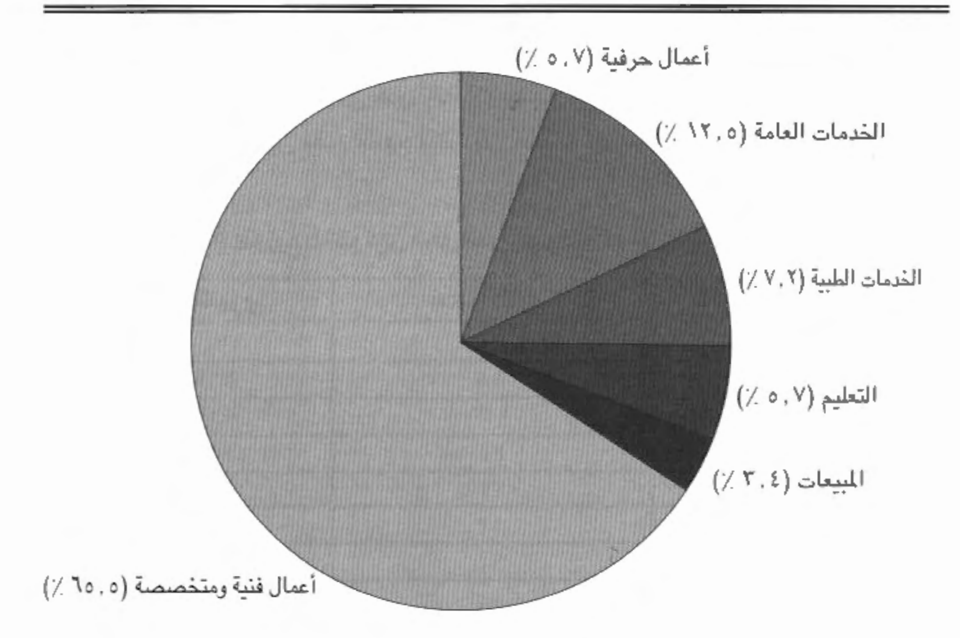
* عدد غير المستجيبين = ١٣ .

يبين الجدول رقم (٣-٥) أن (٧٦,٧٪) من المستجيبين يعملون في جهات غير حكومية ، في مقابل (٢٣,٣٪) منهم يعملون في جهات حكومية .

جدول رقم (٤-٥) توزيع المشتركين محل الدراسة وفقاً لمجال الوظيفة ، الرياض ١٤٢٢هـ

مجال الوظيفة	عدد الأفراد	النسبة المئوية
المبيعات	٩	٣,٤
التعليم	١٥	٥,٧
الخدمات الطبية	١٩	٧,٢
الخدمات العامة	٣٣	١٢,٥
أعمال حرفية	١٥	٥,٧
أعمال فنية ومتخصصة	١٧٣	٦٥,٥
المجموع	**٢٦٤ ***	**١٠٠,٠**

* عدد غير المستجيبين = ١١ .



كما يبين الجدول رقم (٤-٥) والشكل المرافق له ، فإن أعلى نسبة من المستجيبين (٦٥,٥٪) يعملون في مجال الأعمال الفنية المتخصصة ، في حين تراوحت نسب العاملين في المجالات الأخرى بين (١٢,٥٪) في مجال الخدمات العامة ، و(٣,٤٪) في مجال المبيعات .

جدول رقم (٥-٥) توزيع المشتركين محل الدراسة وفقاً لعدد أفراد الأسرة المقيمين معهم حالياً ، الرياض ١٤٢٢هـ

عدد أفراد الأسرة المقيمين	عدد الأفراد	النسبة المئوية
أقل من ٢	٣٢	١٩,٣
من ٢ - ٤	٨٦	٥١,٨
من ٥ - ٧	٣٤	٢٠,٥
٨ فأكثر	١٤	٨,٤
المجموع	**١٦٦ ***	**١٠٠,٠**

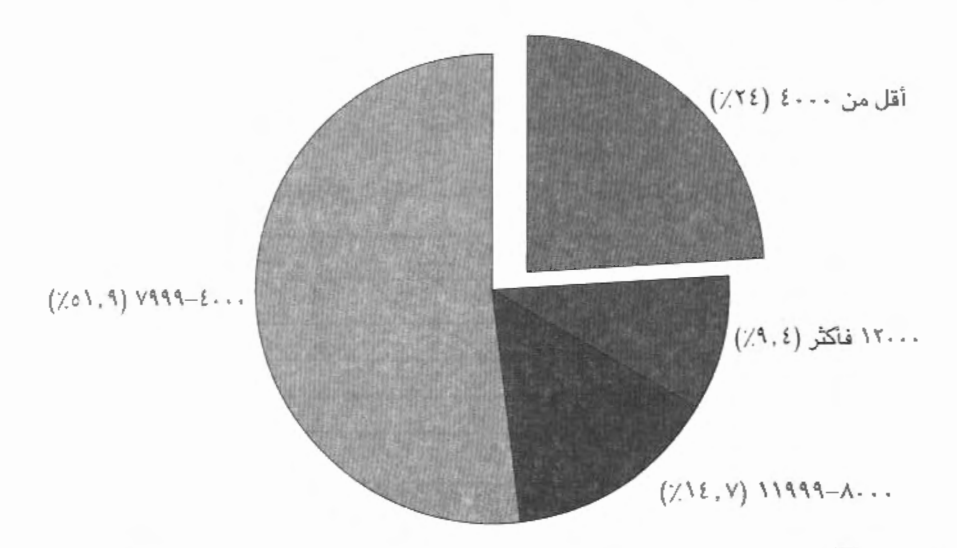
* عدد غير المستجيبين = ١٠٩ .

يبين الجدول رقم (٥-٥) أن نحو (٥٢,٠٪) من المستجيبين يقيم مع كل منهم من فردين إلى أربعة أفراد ، في حين بلغت نسبة الذين يقيم معهم أقل من فردين (١٩,٣٪) ، ونسبة الذين يقيم معهم أكثر من خمسة أفراد نحو (٢٩,٠٪) تقريباً .

جدول رقم (٥-٦) توزيع المشتركين محل الدراسة وفقاً للدخل الشهري ، الرياض ١٤٢٢هـ

الدخل الشهرى	عدد الأفراد	النسبة المئوية
أقل من ٢٠٠٠ ريال	١٦	٦,٠
من ٢٠٠٠ - ٣٩٩٩	٤٨	١٨,٠
من ٤٠٠٠ - ٥٩٩٩	١٠٣	٣٨,٠
من ٦٠٠٠ - ٧٩٩٩	٣٥	١٣,٢
من ٨٠٠٠ - ٩٩٩٩	٢٧	١٠,٢
من ١٠٠٠٠ - ١١٩٩٩	١٢	٤,٥
من ١٢٠٠٠ - ١٣٩٩٩	١٠	٣,٨
١٤٠٠٠ فأكثر	١٥	٥,٦
المجموع	**٢٦٦ ***	**١٠٠,٠**

* عدد غير المستجيبين = ٩ .



يبين الجدول رقم (٦-٥) والشكل المرافق له أن أغلب المستجيبين (٣٨,٧٪) يتقاضون دخلاً شهرياً يتراوح بين ٤٠٠٠ و٦٠٠٠ ريال ، فى حين بلغت نسبة الذين يتقاضون أقل من ٤٠٠٠ ريال (٢٤,٠٪) ، ونسبة الذين يتقاضون أكثر من ٦٠٠٠ ريال (٣٧,٣٪) .

جدول رقم (٧-٥) توزيع المشتركين محل الدراسة وفقاً لكيفية اشتراكهم فى التأمين الصحى ، الرياض ١٤٢٢هـ

كيفية الاشتراك	عدد الأفراد	النسبة المئوية
عقد شخصى مع شركة تأمين	١٥	٥,٧
عقد شخصى مع مستشفى	٩	٣,٤
بواسطة جهة العمل	٢٣٣	٨٩,٣
أخرى	٤	١,٥
المجموع	**٢٦١ ***	**١٠٠,٠**

* عدد غير المستجيبين = ١٤ .

يبين الجدول رقم (٧-٥) أن غالبية المستجيبين (٨٩,٣٪) قد اشتركوا فى التأمين الصحى من خلال جهة عملهم ، فى مقابل (٥,٧٪) منهم اشتركوا فى هذا النظام من خلال عقد شخصى مع شركة تأمين ، و(٣,٤٪) من خلال عقد شخصى مع مستشفى .

جدول رقم (٨-٥) توزيع المشتركين محل الدراسة وفقاً لمدة الاشتراك فى التأمين الصحى ، الرياض ١٤٢٢هـ

مدة الاشتراك	عدد الأفراد	النسبة المئوية
أقل من ٤ سنوات	١٢٣	٧٢,٤
من ٤ - أقل من ٨	٢٩	١٧,١
من ٨ - أقل من ١٢	٧	٤,١
من ١٢ - أقل من ١٦	٥	٢,٩
١٦ فأكثر	٦	٣,٥
المجموع	**١٧٠ ***	**١٠٠,٠**

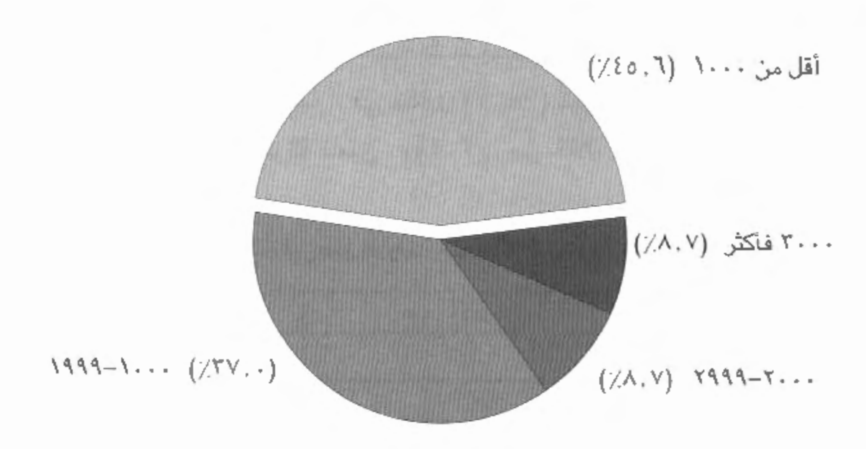
* عدد غير المستجيبين = ١٠٥ .

يظهر الجدول رقم (٨-٥) أن غالبية المستجيبين (٧٢,٤٪) بلغت مدة اشتراكهم في التأمين الصحي أقل من أربع سنوات ، في حين بلغت نسبة الذين تراوحت مدة اشتراكهم بين ٤ و٨ سنوات (١٧,١٪) ، في مقابل (١٠,٥٪) من المستجيبين بلغت مدة اشتراكهم في هذا النظام أكثر من ٨ سنوات .

جدول رقم (٩-٥) توزيع المشتركين محل الدراسة وفقاً لمقدار القسط السنوي للتأمين الصحي ، الرياض ١٤٢٢هـ

القسط السنوي	عدد الأفراد	النسبة المئوية
أقل من ١٠٠٠ ريال	٢١	٤٥,٦
من ١٠٠٠ - أقل من ٢٠٠٠	١٧	٣٧,٠
من ٢٠٠٠ - أقل من ٣٠٠٠	٤	٨,٧
٣٠٠٠ فأكثر	٤	٨,٧
المجموع	**٤٦** *	**١٠٠,٠**

* عدد غير المستجيبين = ٢٢٩ .



يبين الجدول رقم (٩-٥) والشكل المصاحب له أن (٤٥,٦٪) من المستجيبين يدفعون قسطاً سنوياً للتأمين الصحي يقل عن ١٠٠٠ ريال ، في حين أن (٣٧,٠٪) منهم يدفعون قسطاً سنوياً يتراوح بين ١٠٠٠ و٢٠٠٠ ريال ، و(١٧,٤٪) منهم تزيد الأقساط التي يدفعونها لهذا الغرض على ٢٠٠٠ ريال .

جدول رقم (١٠-٥) توزيع المشتركين محل الدراسة وفقاً للجهة التى تدفع قيمة قسط التأمين الصحى، الرياض ١٤٢٢هـ

الجهة التي تدفع قيمة القسط السنوي	عدد الأفراد	النسبة المئوية
جهة العمل	٢٢٦	٨٥,٦
المؤمن عليه	١٦	٦,١
مشاركة بين جهة العمل والمؤمن عليه	٢٠	٧,٦
أخرى	٢	٠,٨
المجموع	**٢٦٤ ***	**١٠٠,٠**

* عدد غير المستجيبين = ١١ .

كما يوضح الجدول رقم (١٠-٥) ، أن (٨٥,٦٪) من المستجيبين أفادوا أن جهة عملهم تقوم بدفع قيمة قسط التأمين الصحى ، فى حين أفاد (٧,٦٪) منهم بأنهم يشتركون مع جهة العمل فى دفع قيمة هذا القسط ، وأفاد (٦,١٪) بأنهم يتحملون وحدهم هذه الأقساط .

جدول رقم (١١-٥) توزيع المشتركين محل الدراسة وفقاً لعدد أفراد الأسرة الذين تغطيهم خدمة التأمين الصحى الحالية، الرياض ١٤٢٢هـ

عدد الأفراد المغطين بالتأمين	عدد الأفراد	النسبة المئوية
جميع أفراد الأسرة	٩١	٥٠,٣
رب الأسرة والزوجة	١٧	٩,٤
رب الأسرة فقط	٧٣	٤٠,٣
المجموع	**١٨١ ***	**١٠٠,٠**

* عدد غير المستجيبين = ٩٤ .

كما يوضح الجدول رقم (١١-٥) ، أفاد (٥٠,٣٪) من المستجيبين أن خدمة التأمين الصحى تغطيهم وجميع أفراد أسرهم ، فى حين أفاد (٤٠,٣٪) منهم أن هذه الخدمة تغطى رب الأسرة فقط ، وأفاد (٩,٤٪) أنها تغطى رب الأسرة والزوجة فقط .

جدول رقم (١٢-٥) توزيع المشتركين محل الدراسة وفقاً لتحمل المريض مبلغاً قابلاً للاقتطاع بعد تجاوز التكلفة حداً معيناً ، الرياض ١٤٢٢هـ

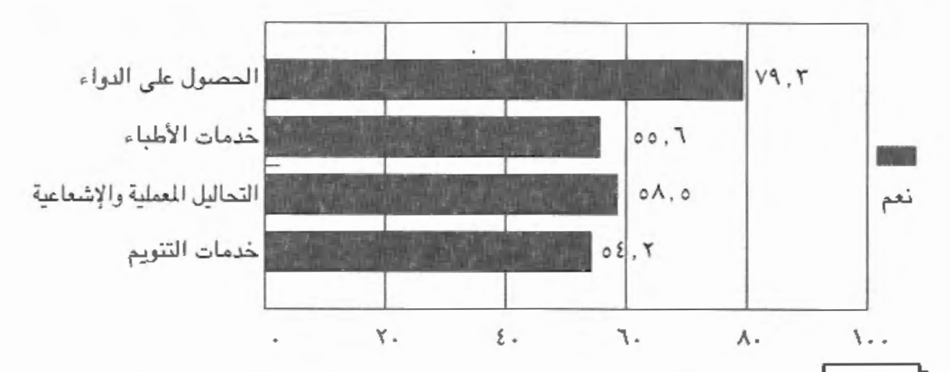
دفع مبلغ قابل للاقتطاع	عدد المشتركين	النسبة المئوية
نعم	١٠١	٤٤,٥
لا	١٢٦	٥٥,٥
المجموع	٢٢٧*	١٠٠,٠

* عدد غير المستجيبين = ٤٨ .

يبين الجدول رقم (١٢-٥) أن (٥٥,٥٪) من المستجيبين لا يتحملون مبالغ إضافية قابلة للاقتطاع بعد تجاوز التكلفة حداً معيناً ، فيما يدفع ٤٤,٥٪ من المستجيبين مثل هذه المبالغ .

جدول رقم (١٣-٥) توزيع المشتركين محل الدراسة وفقاً لتحمل المريض نسبة من التكلفة نظير الخدمات المقدمة ، الرياض ١٤٢٢هـ

دفع نسبة من التكلفة / الخدمة المقدمة	نعم		لا		المجموع	
	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪
الحصول على الدواء	٢١٨	٧٩,٣	٥٧	٢٠,٧	٢٧٥	١٠٠
خدمات الأطباء	١٥٣	٥٥,٦	١٢٢	٤٤,٢	٢٧٥	١٠٠
التحاليل المعملية والإشعاعية	١٦١	٥٨,٥	١١٤	٤١,٥	٢٧٥	١٠٠
خدمات التنويم	١٤٩	٥٤,٢	١٢٦	٤٥,٨	٢٧٥	١٠٠



كما يوضح الجدول رقم (١٣-٥) والشكل المصاحب له ، تتفاوت نسبة الذين يدفعون جزءاً من تكلفة الخدمات التى يتلقونها تحت مظلة التأمين الصحى باختلاف هذه الخدمات . وقد تراوحت هذه النسبة بين (٥٤,٢٪) فى حالة خدمات التنويم و(٧٩,٣٪) فى حالة الحصول على الدواء .

جدول رقم (١٤-٥) توزيع المشتركين محل الدراسة وفقاً لآرائهم حول خصائص الخدمة التأمينية المقدمة لهم ، الرياض ١٤٢٢ هـ

استجابة المشتركين / خصائص الخدمة المقدمة	نعم		لا		المجموع	
	العدد	٪	العدد	٪	العدد *	٪
تغطية جميع الاحتياجات الطبية	١١٩	٤٨,٢	١٢٨	٥١,٨	٢٤٧	١٠٠
ملاءمة التكلفة بالنسبة لهم	١٤٩	٦٢,٦	٨٩	٣٧,٤	٢٣٨	١٠٠
إمكانية اختيار الطبيب المعالج	١٤٢	٥٦,١	١١١	٤٣,٩	٢٥٣	١٠٠
إمكانية اختيار المستشفى المعالج	١٣٤	٥٣,٢	١١٨	٤٦,٨	٢٥٢	١٠٠
سهولة الوصول للمستشفيات المتاحة	١٨١	٧١,٨	٧١	٢٨,٢	٢٥٢	١٠٠
الانتظار طويلاً للحصول على الخدمة	١١٠	٤٤,٧	١٣٦	٥٥,٣	٢٤٦	١٠٠
استجابة مقدمى الخدمة للملاحظات والشكاوى	١٢٨	٥٤,٢	١٠٨	٤٥,٨	٢٣٦	١٠٠

* العدد الكلى للعينة = ٢٧٥ والفرق فى المجموع هم غير المستجيبين للسؤال .

يبين الجدول رقم (١٤-٥) توزيع المشتركين محل الدراسة وفقاً لآرائهم حول خصائص الخدمة التأمينية المقدمة لهم . كما يتضح من البيانات المقدمة ، أن (٤٨,٢٪) من المستجيبين يرون أن خدمات التأمين الصحى المتاحة لهم تغطى جميع احتياجاتهم الطبية ، ويرى (٦٢,٦٪) منهم أن تكلفة الخدمة التأمينية ملاءمة بالنسبة لهم ، فى حين أفاد (٥٦,١٪) من المستجيبين أن لهم حرية اختيار الطبيب المعالج فى ظل نظام التأمين الصحى الحالى ، وأفاد (٥٣,٢٪) منهم أن لهم حرية اختيار المستشفى المعالج فى ظل هذا النظام .

فى نفس الوقت ، أفاد (٧١,٨٪) من المستجيبين بأنهم يجدون سهولة فى الوصول إلى المستشفيات المتاحة لهم ، فى حين أفاد (٤٤,٧٪) من المستجيبين أنهم ينتظرون

طويلاً للحصول على الخدمة الصحية تحت مظلة نظام التأمين الصحى الحالى ، وأفاد (٥٤,٢٪) منهم بأن مقدمى الخدمة يستجيبون لملاحظاتهم وشكاواهم تحت مظلة نظام التأمين الصحى الحالى .

جدول رقم (٥-١٥) توزيع المشتركين محل الدراسة وفقاً لحدوث مشكلات بينهم وبين المستشفيات المتاحة لهم ، الرياض ١٤٢٢هـ

حدوث مشكلات مع المستشفيات	عدد الأفراد	النسبة المئوية
نعم	٩٢	٣٨,٣
لا	١٤٨	٦١,٧
المجموع	**٢٤٠***	**١٠٠,٠**

* عدد غير المستجيبين = ٣٥ .

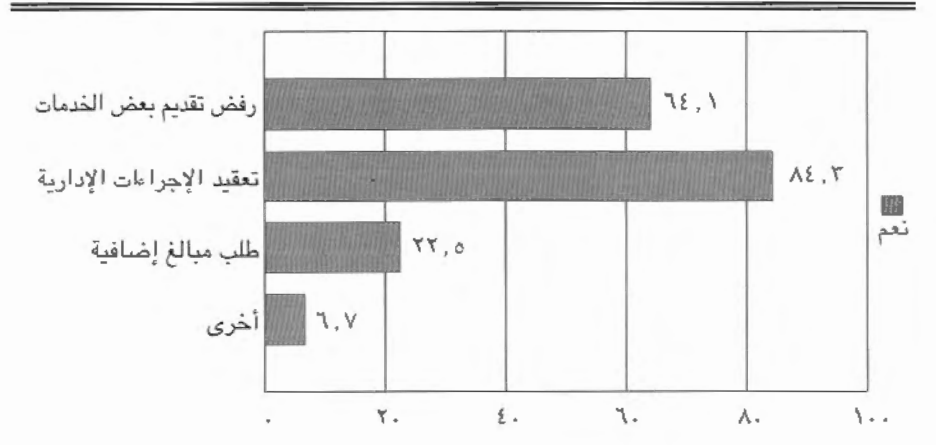
يبين الجدول رقم (٥-١٥) أن (٣٨,٣٪) من المستجيبين أفادوا بحدوث مشكلات مع المستشفيات التى يتعاملون معها تحت مظلة نظام التأمين الصحى الحالى مقابل (٦١,٧٪) منهم نفوا ذلك .

جدول رقم (٥-١٦) توزيع المشتركين محل الدراسة وفقاً لطبيعة المشكلات التى تحدث مع المستشفيات ، الرياض ١٤٢٢هـ

طبيعة المشكلات	عدد الأفراد (٪)**
رفض تقديم بعض الخدمات فى إطار التأمين	٥٧ (٦٤,١)
تعقيد الإجراءات الإدارية	٧٥ (٨٤,٣)
طلب مبالغ إضافية	٢٠ (٢٢,٥)
أخرى	٦ (٦,٧)
مجموع المستجيبين	**٨٩***

* عدد غير المستجيبين = ٣ .

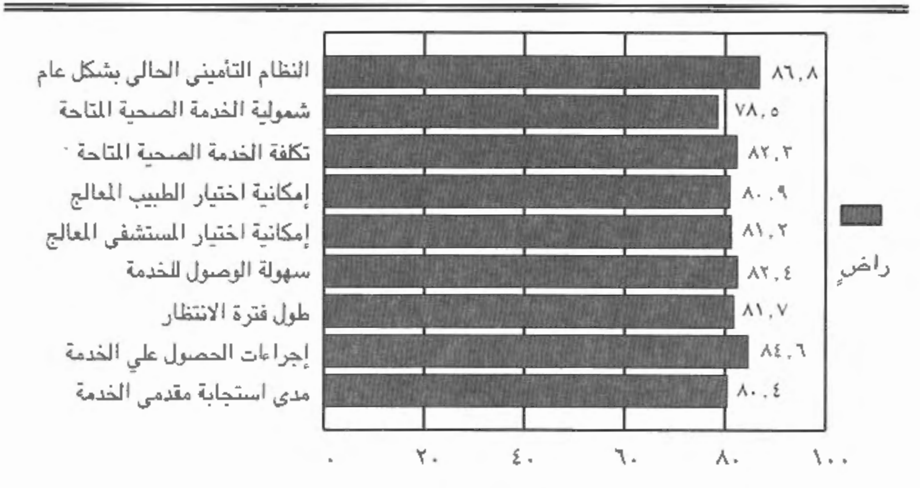
** يسمح بأكثر من اختيار .



يبين الجدول رقم (١٦-٥) والشكل المصاحب له أن من الذين أفادوا بحدوث مشكلات مع المستشفيات التي يتعاملون معها في ظل نظام التأمين الصحي الحالي، يرى (٨٤,٣٪) منهم أن هذه المشكلات ترجع إلى تعقيد الإجراءات الإدارية، ويرى (٦٤,١٪) منهم أن المستشفيات ترفض تقديم بعض الخدمات في إطار التأمين، في حين يرى (٢٢,٥٪) من المستجيبين أن أسباب هذه المشكلات تعود إلى طلب المستشفيات مبالغ إضافية.

جدول رقم (١٧-٥) توزيع المشتركين محل الدراسة وفقاً لمدى رضاهم عن الخدمات المقدمة لهم في ظل النظام التأميني الحالي بوجه عام وخصائص هذه الخدمات، الرياض ١٤٢٢هـ

مستوى الرضا / الخدمة وخصائصها	راض جداً		راض إلى حد ما		غير راض		المجموع	
	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪
النظام التأميني الحالي بشكل عام	٦٢	٢٥,٥	١٤٩	٦١,٣	٣٢	١٣,٢	٢٤٣	١٠٠
شمولية الخدمة الصحية المتاحة	٦٥	٢٥,٩	١٣٢	٥٢,٦	٥٤	٢١,٥	٢٥١	١٠٠
تكلفة الخدمة الصحية المتاحة	٨٩	٣٦,٨	١١٠	٤٥,٥	٤٣	١٧,٨	٢٤٢	١٠٠
إمكانية اختيار الطبيب المعالج	١٠٨	٤٣,٧	٩٢	٣٧,٢	٤٧	١٩,٠	٢٤٧	١٠٠
إمكانية اختيار المستشفى المعالج	٩٩	٣٩,٦	١٠٤	٤١,٦	٤٧	١٨,٨	٢٥٠	١٠٠
سهولة الوصول للخدمة	٩٠	٣٦,٧	١١٢	٤٥,٧	٤٣	١٧,٦	٢٤٥	١٠٠
طول فترة الانتظار للحصول على الخدمة	٩٤	٣٨,٢	١٠٧	٤٣,٥	٤٥	١٨,٣	٢٤٦	١٠٠
إجراءات الحصول على الخدمة	٨٢	٣٣,٢	١٢٧	٥١,٤	٣٨	١٥,٤	٢٤٧	١٠٠
مدى استجابة مقدمي الخدمة للشكاوى	٨٤	٣٥,٠	١٠٩	٤٥,٤	٤٧	١٩,٦	٢٤٠	١٠٠

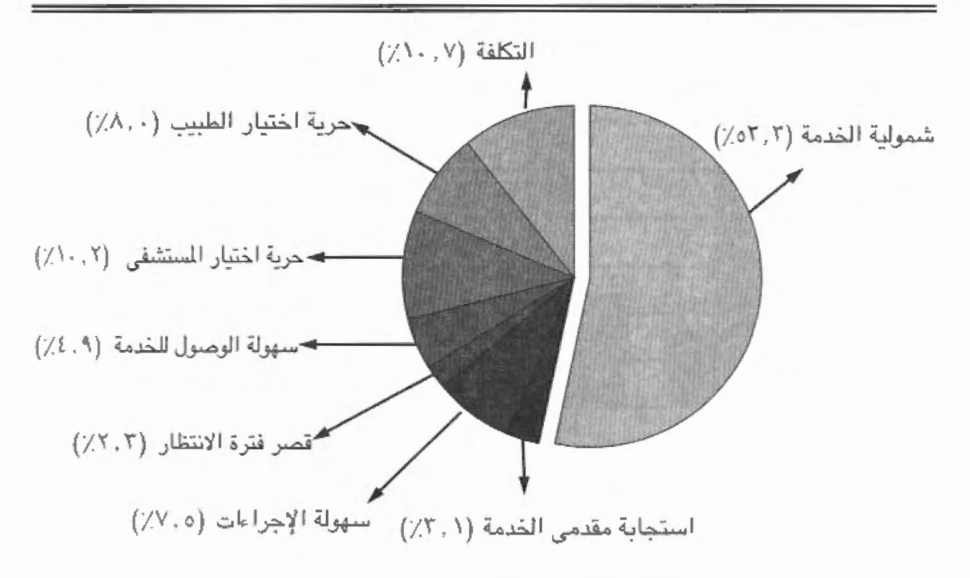


كما يبين الجدول رقم (١٧-٥) والشكل المصاحب له ، بلغت نسبة الراضين عن الخدمات المقدمة لهم فى ظل النظام التأمينى الحالى بوجه عام (٨٦,٨٪) من المستجيبين فى مقابل (١٣,٢٪) منهم غير راضين عن هذه الخدمات . وقد تراوحت نسبة الراضين من المستجيبين محل الدراسة (راضٍ جداً وراضٍ إلى حد ما) بين (٧٨,٥٪) بالنسبة لشمولية الخدمة المتاحة ، و(٨٤,٦٪) بالنسبة لإجراءات الحصول على الخدمة .

جدول رقم (١٨-٥) توزيع المشتركين محل الدراسة وفقاً للعنصر الأكثر أهمية بالنسبة لهم فى نظام التأمين الحالى ، الرياض ١٤٢٢هـ

العنصر	عدد الأفراد	النسبة المئوية
شمولية التغطية	١٢٠	٥٣,٣
التكلفة	٢٤	١٠,٧
حرية اختيار الطبيب	١٨	٨,٠
حرية اختيار المستشفي	٢٣	١٠,٢
سهولة الوصول للخدمة	١١	٤,٩
قصر فترة الانتظار	٥	٢,٣
سهولة الإجراءات	١٧	٧,٥
استجابة مقدمى الخدمة	٧	٣,١
المجموع	٢٢٥ *	١٠٠,٠

* عدد غير المستجيبين = ٥٠ .

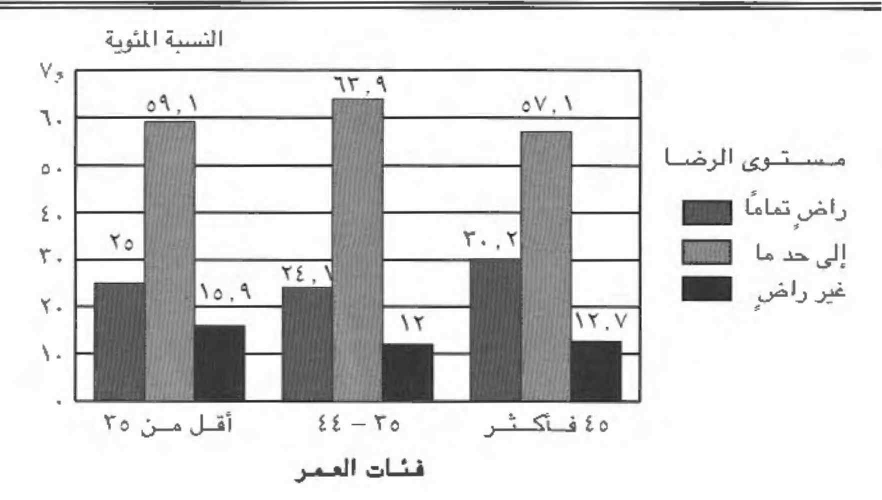


يبين الجدول رقم (١٨-٥) والشكل المرافق له أن أكثر من نصف المستجيبين يرون أن شمولية التغطية هي العنصر الأكثر أهمية في نظام التأمين الصحي الحالي ، في حين يرى (١٠,٧٪) من المستجيبين أن التكلفة هي العنصر الأكثر أهمية ، ويرى (١٠,٢٪) منهم أن حرية اختيار المستشفى هي العنصر الأكثر أهمية بالنسبة لهم ، وقد تراوحت باقي الاستجابات في هذا الصدد بين (٨,٠٪) لحرية اختيار الطبيب و(٢,٣٪) لقصر فترة الانتظار .

جدول رقم (١٩-٥) توزيع المشتركين وفقاً لمدى رضاهم عن النظام التأميني الحالي بوجه عام وفئات العمر ، الرياض ١٤٢٢هـ

فئات العمر	مستوى الرضا بوجه عام						المجموع	
	راض تماماً		راض إلى حد ما		غير راض			
	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪
أقل من ٣٥ سنة	٢٢	٢٥,٠	٥٢	٥٩,١	١٤	١٥,٩	٨٨	١٠٠
من ٣٥ إلى ٤٤	٢٠	٢٤,١	٥٣	٦٣,٩	١٠	١٢,٠	٨٣	١٠٠
٤٥ سنة فأكثر	١٩	٣٠,٢	٣٦	٥٧,١	٨	١٢,٧	٦٣	١٠٠
المجموع	٦١	٢٦,١	١٤١	٦٠,٣	٣٢	١٣,٧	٢٣٤	١٠٠

اختبار مربع كاي : ١,٣٩٢ مستوى الدلالة الإحصائية : ٠,٨٤٦

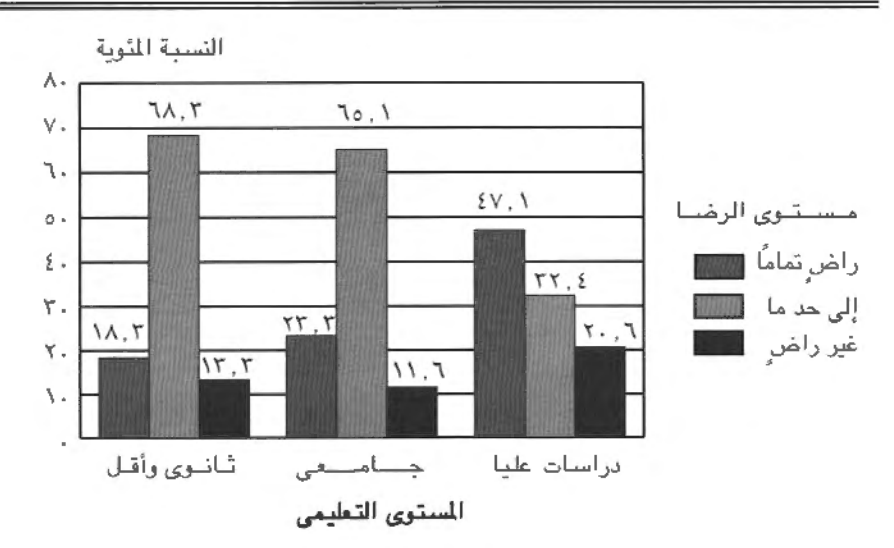


يتضح من الجدول رقم (١٩-٥) والشكل المرافق له تقارب نسب المشتركين الراضين عن النظام التأميني الحالي من الفئات العمرية المختلفة وارتفاع هذه النسب لدى جميع هذه الفئات ، وقد تراوحت نسبة غير الراضين عن هذا النظام بين (١٥,٩٪) للفئة العمرية دون ٣٥ سنة و(١٢٪) للفئة العمرية ٣٥-٤٤ سنة ، وعلى المستوى الكلي بلغت نسبة غير الراضين عن النظام التأميني الحالي (١٣,٧٪) من مجموع المشتركين محل الدراسة . ويشير اختبار مربع كاي إلى عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين درجة الرضا بوجه عام عن نظام التأمين الصحي الحالي والفئات العمرية .

جدول رقم (٥-٢٠) توزيع المشتركين وفقاً لمدى رضاهم عن النظام التأميني الحالي بوجه عام والمستوى التعليمي ، الرياض ١٤٢٢هـ

المستوى التعليمي	مستوى الرضا بوجه عام						المجموع	
	راضٍ تماماً		راضٍ إلى حد ما		غير راضٍ			
	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪
ثانوي وأدنى	١١	١٨,٣	٤١	٦٨,٣	٨	١٣,٣	٦٠	١٠٠
جامعي	٣٤	٢٣,٣	٩٥	٦٥,١	١٧	١١,٦	١٤٦	١٠٠
دراسات عليا	١٦	٤٧,١	١١	٣٢,٤	٧	٢٠,٦	٣٤	١٠٠
المجموع	**٦١**	**٢٥,٤**	**١٤٧**	**٦١,٣**	**٣٢**	**١٣,٣**	**٢٤٠**	**١٠٠**

اختبار مربع كاي : ١٤,٨٣٩ مستوى الدلالة الإحصائية : ٠,٠٠٥

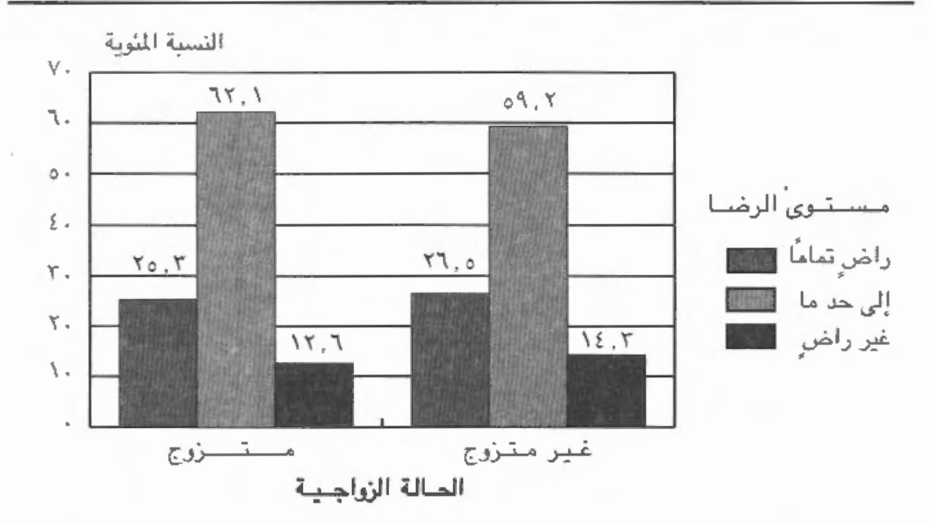


يتبين من الجدول رقم (٢٠-٥) والشكل المرافق له رضا المشتركين محل الدراسة فى جميع المستويات التعليمية عن النظام التأمينى الحالى ؛ إذ تراوحت نسب الراضين عن هذا النظام بين (٨٨,٤٪) للمستوى التعليمى الجامعى و(٧٩,٥٪) لمستوى الدراسات العليا ، وعلى المستوى الكلى بلغت نسبة غير الراضين عن نظام التأمين الحالى (١٣,٣٪) من مجموع المشتركين محل الدراسة . ويشير اختبار مربع كاى إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى الرضا بوجه عام عن نظام التأمين الصحى الحالى والمستوى التعليمى للفرد .

جدول رقم (٥-٢١) توزيع المشتركين وفقاً لمدى رضاهم عن النظام التأمينى الحالى بوجه عام والحالة الزواجية ، الرياض ١٤٢٢هـ

الحالة الزواجية	مستوى الرضا بوجه عام						المجموع	
	راضٍ تماماً		راضٍ إلى حد ما		غير راضٍ			
	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪
متزوج	٤٨	٢٥,٣	١١٨	٦٢,١	٢٤	١٢,٦	١٩٠	١٠٠
غير متزوج	١٣	٢٦,٥	٢٩	٥٩,٢	٧	١٤,٣	٤٩	١٠٠
المجموع	**٦١**	**٢٥,٥**	**١٤٧**	**٦١,٥**	**٣١**	**١٣,٠**	**٢٣٩**	**١٠٠**

اختبار مربع كاى : ٠,١٦١ مستوى الدلالة الإحصائية : ٠,٩٢٣

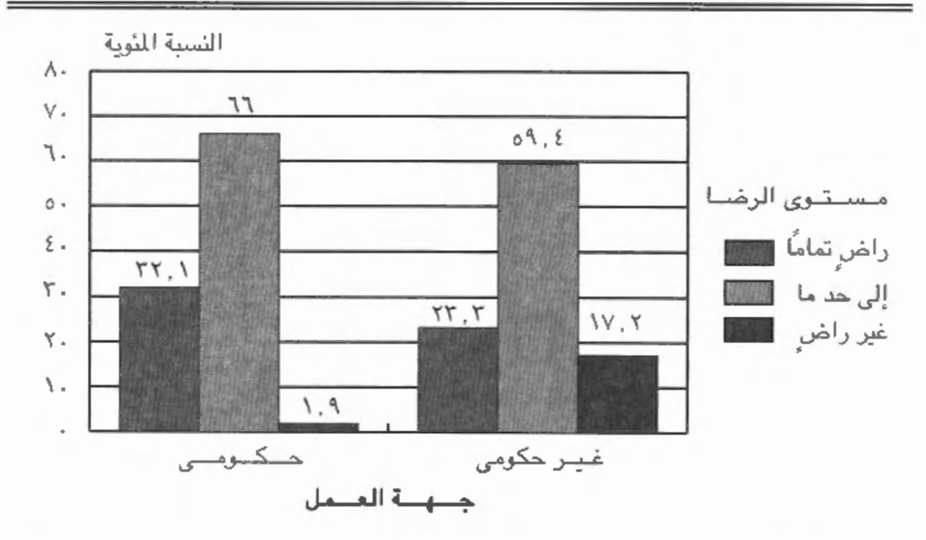


يوضح الجدول رقم (٢١-٥) والشكل المصاحب له تقارب نسب المشتركين محل الدراسة الراضين عن النظام التأميني الحالي من المتزوجين وغير المتزوجين حالياً ، (وتشتمل هذه الفئة على الأعزب والمطلق والأرمل) مع ارتفاع هذه النسب لدى الفئتين (٨٧,٤٪ و٨٥,٧٪ للمتزوجين وغير المتزوجين على التوالي) ، وعلى المستوى الكلي بلغت نسبة غير الراضين عن نظام التأمين الحالي (١٣,٠٪) من مجموع المشتركين محل الدراسة ، ويشير اختبار مربع كاي إلى عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الحالة الزواجية للمشتركين محل الدراسة ، ومستوى الرضا بوجه عام عن نظام التأمين الصحي الحالي .

جدول رقم (٢٢-٥) توزيع المشتركين وفقاً لمدى رضاهم عن النظام التأميني الحالي بوجه عام وجهة العمل ، الرياض ١٤٢٢هـ

جهة العمل	مستوى الرضا بوجه عام						المجموع	
	راضٍ تماماً		راضٍ إلى حد ما		غير راضٍ			
	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪
حكومي	١٧	٣٢,١	٣٥	٦٦,٠	١	١,٩	٥٣	١٠٠
غير حكومي	٤٢	٢٣,٣	١٠٧	٥٩,٤	٣١	١٧,٢	١٨٠	١٠٠
المجموع	**٥٩**	**٢٥,٣**	**١٤٢**	**٦٠,٩**	**٣٢**	**١٣,٧**	**٢٣٣**	**١٠٠**

اختبار مربع كاي : ٨,٥٣٩ مستوى الدلالة الإحصائية : ٠,٠١٤

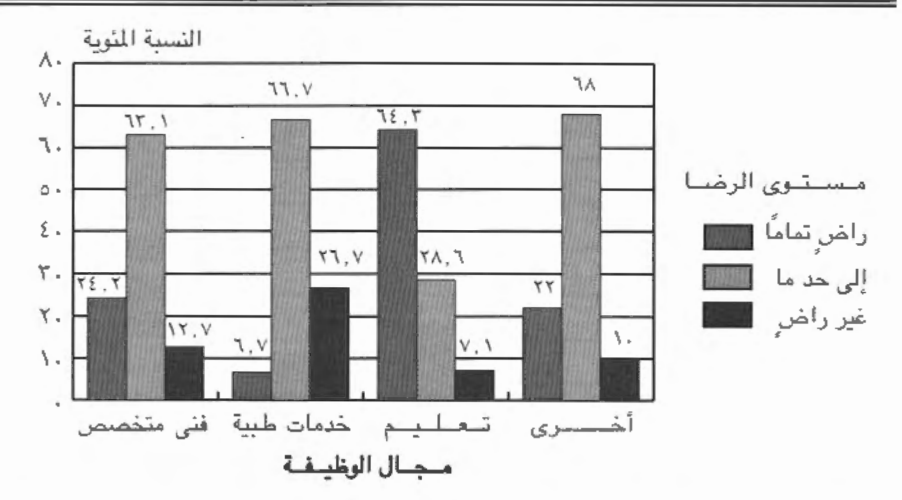


كما يبين الجدول رقم (٢٢-٥) والشكل المرافق له ، أن نسبة الراضين عن النظام التأميني الحالي من العاملين بجهة حكومية بلغت (٩٨,١٪) مقابل (٨٢,٧٪) من العاملين بجهة غير حكومية ، ولم يُبدِ عدم رضاهم عن النظام التأميني الحالي سوى أقل من (٢٪) من العاملين لدى جهات حكومية مقابل (١٧,٢٪) من العاملين في جهات غير حكومية ، ويشير اختبار مربع كاي إلى عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين جهة عمل المشتركين محل الدراسة ومستوى الرضا بوجه عام عن نظام التأمين الصحي الحالي .

جدول رقم (٢٣-٥) توزيع المشتركين وفقاً لمدى رضاهم عن النظام التأميني الحالي بوجه عام ومجال الوظيفة . الرياض ١٤٢٢هـ

مجال الوظيفة	مستوى الرضا بوجه عام						المجموع	
	راضٍ تماماً		راضٍ إلى حد ما		غير راضٍ			
	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪
فني متخصص	٣٨	٢٤,٢	٩٩	٦٣,١	٢٠	١٢,٧	١٥٧	١٠٠
الخدمات الطبية	١	٦,٧	١٠	٦٦,٧	٤	٢٦,٧	١٥	١٠٠
التعليم	٩	٦٤,٣	٤	٢٨,٦	١	٧,١	١٤	١٠٠
أخرى	١١	٢٢,٠	٣٤	٦٨,٠	٥	١٠,٠	٥٠	١٠٠
المجموع	**٥٩**	**٢٥,٠**	**١٤٧**	**٦٢,٣**	**٣٠**	**١٢,٧**	**٢٣٦**	**١٠٠**

اختبار مربع كاي : ١٦,٦٨٦ مستوى الدلالة الإحصائية : ٠,٠١١

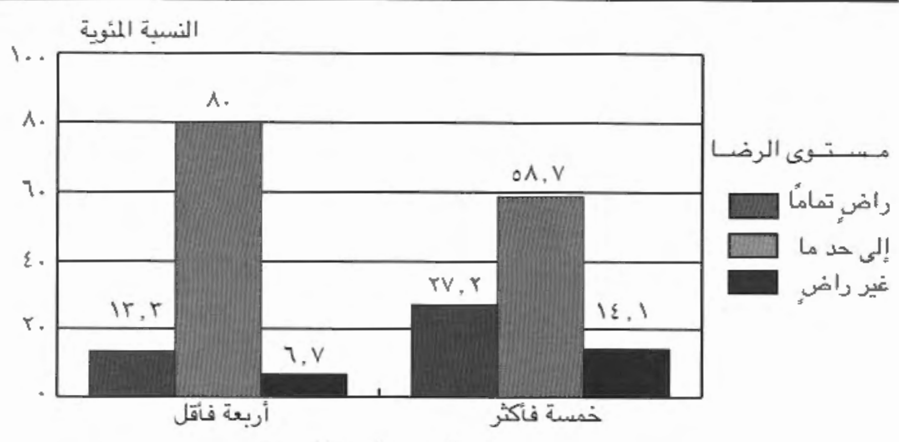


يتبين من الجدول رقم (٢٣-٥) والشكل المرافق له ارتفاع مستوى رضا المشتركين محل الدراسة فى جميع مجالات العمل عن النظام التأمينى الحالى ؛ إذ تراوحت نسب الراضين عن هذا النظام بين (٨٧,٣٪) للعاملين فى المجال الفنى المتخصص ، و(٩٢,٩٪) للعاملين فى مجال التعليم ، وعلى المستوى الكلي بلغت نسبة غير الراضين عن النظام التأمين الحالى (١٢,٧٪) من مجموع المشتركين محل الدراسة . ويشير اختبار مربع كاى إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى الرضا بوجه عام عن نظام التأمين الصحى الحالى ومجال الوظيفة .

جدول رقم (٢٤-٥) توزيع المشتركين وفقاً لمدى رضاهم عن النظام التأمينى الحالى بوجه عام وعدد أفراد الأسرة المقيمين معهم حالياً ، الرياض ١٤٢٢هـ

عدد أفراد الأسرة المقيمين معهم حالياً	مستوى الرضا بوجه عام						المجموع	
	راضٍ تماماً		راضٍ إلى حد ما		غير راضٍ			
	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪
أربعة فأقل	٤	١٣,٣	٢٤	٨٠,٠	٢	٦,٧	٣٠	١٠٠
خمسة فأكثر	٥٨	٢٧,٢	١٢٥	٥٨,٧	٣٠	١٤,١	٢١٣	١٠٠
المجموع	**٦٢**	**٢٥,٥**	**١٤٩**	**٦١,٣**	**٣٢**	**١٣,٢**	**٢٤٣**	**١٠٠**

اختبار مربع كاى : ٥,٠٣٧   مستوى الدلالة الإحصائية : ٠,٠٨١



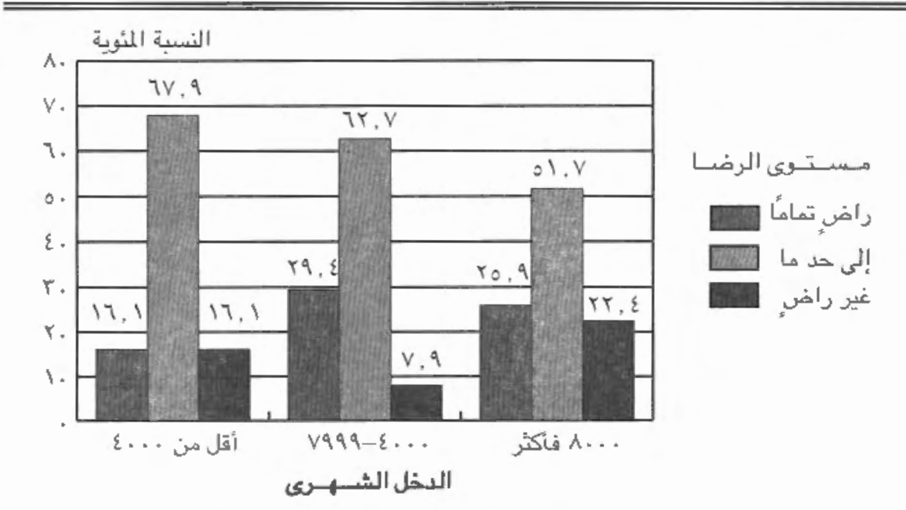
عدد أفراد الأسرة المقيمين

يبين الجدول رقم (٢٤-٥) والشكل المصاحب له ارتفاع نسب المشتركين محل الدراسة الراضين عن النظام التأميني الحالي ، سواء من الذين يبلغ عدد أفراد الأسرة المقيمين معهم حالياً أربعة فأقل ، أو الذين يبلغ عدد أفراد الأسرة المقيمين معهم حالياً خمسة فأكثر (٩٣,٣٪ و٨٥,٩٪ للفئتين على التوالي) ، وعلى المستوى الكلي بلغت نسبة غير الراضين عن النظام التأميني الحالي (١٣,٢٪) من مجموع المشتركين محل الدراسة ، ويشير اختبار مربع كاي إلى عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين عدد أفراد الأسرة المقيمين حالياً مع المشتركين محل الدراسة ، ومستوى الرضا بوجه عام عن نظام التأمين الصحي الحالي عند مستوى دلالة (٥٪) .

جدول رقم (٢٥-٥) توزيع المشتركين وفقاً لمدى رضاهم عن النظام التأميني الحالي بوجه عام والدخل الشهري ، الرياض ١٤٢٢هـ

الدخل الشهري	مستوى الرضا بوجه عام						المجموع	
	راضٍ تماماً		راضٍ إلى حد ما		غير راضٍ			
	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪
أقل من ٤٠٠٠ ريال	٩	١٦,١	٣٨	٦٧,٩	٩	١٦,١	٥٦	١٠٠
من ٤٠٠٠ - ٧٩٩٩ ريالاً	٣٧	٢٩,٤	٧٩	٦٢,٧	١٠	٧,٩	١٢٦	١٠٠
٨٠٠٠ ريال فأكثر	١٥	٢٥,٩	٣٠	٥١,٧	١٣	٢٢,٤	٥٨	١٠٠
المجموع	**٦١**	**٢٥,٤**	**١٤٧**	**٦١,٣**	**٣٢**	**١٣,٣**	**٢٤٠**	**١٠٠**

اختبار مربع كاي : ١٠,٦٥٧ مستوى الدلالة الإحصائية : ٠,٠٣١

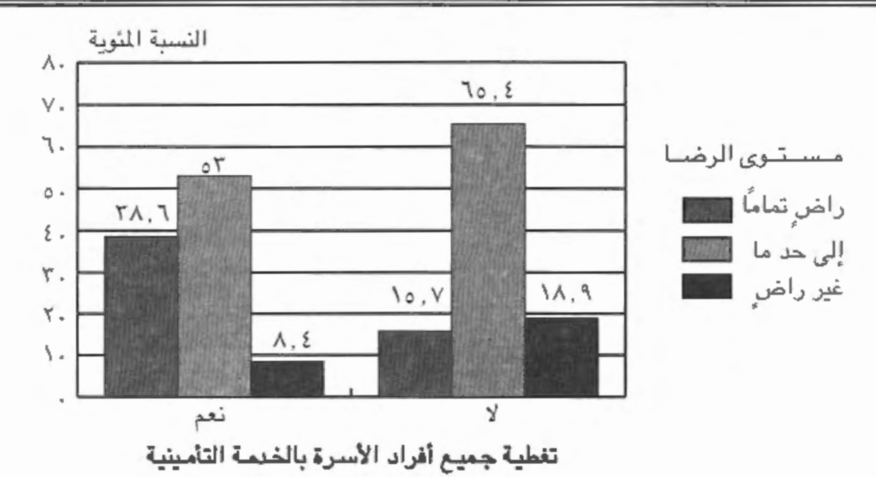


يوضح الجدول رقم (٥-٢٥) والشكل المصاحب له ارتفاع مستوى رضا المشتركين محل الدراسة من جميع فئات الدخل الشهري عن النظام التأميني الحالي ؛ إذ تراوحت نسب الراضين عن هذا النظام بين (٩٢,١٪) لفئة الدخل ٤٠٠٠-٧٩٩٩ ريالاً شهرياً و(٧٧,٦٪) لفئة الدخل ٨٠٠٠ ريال فأكثر ، وعلى المستوى الكلي بلغت نسبة غير الراضين عن النظام التأميني الحالي (١٣,٣٪) من مجموع المشتركين محل الدراسة ، ويشير اختبار مربع كاي إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى الرضا بوجه عام عن نظام التأمين الصحي الحالي والدخل الشهري .

جدول رقم (٢٦-٥) توزيع المشتركين وفقاً لمدى رضاهم عن النظام التأميني الحالي بوجه عام وعدد أفراد الأسرة المقيمين معهم حالياً والذين تشملهم خدمة هذا النظام ، الرياض ١٤٢٢هـ

شمول جميع أفراد الأسرة	مستوى الرضا بوجه عام						المجموع	
	راضٍ تماماً		راضٍ إلى حد ما		غير راضٍ			
	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪
نعم	٣٢	٣٨,٦	٤٤	٥٣,٠	٧	٨,٤	٨٣	١٠٠
لا	٢٠	١٥,٧	٨٣	٦٥,٤	٢٤	١٨,٩	١٢٧	١٠٠
المجموع	٥٢	٢٤,٨	١٢٧	٦٠,٥	٣١	١٤,٨	٢١٠	١٠٠

اختبار مربع كاي : ١٥,٥٢١ مستوى الدلالة الإحصائية : ٠,٠٠٠



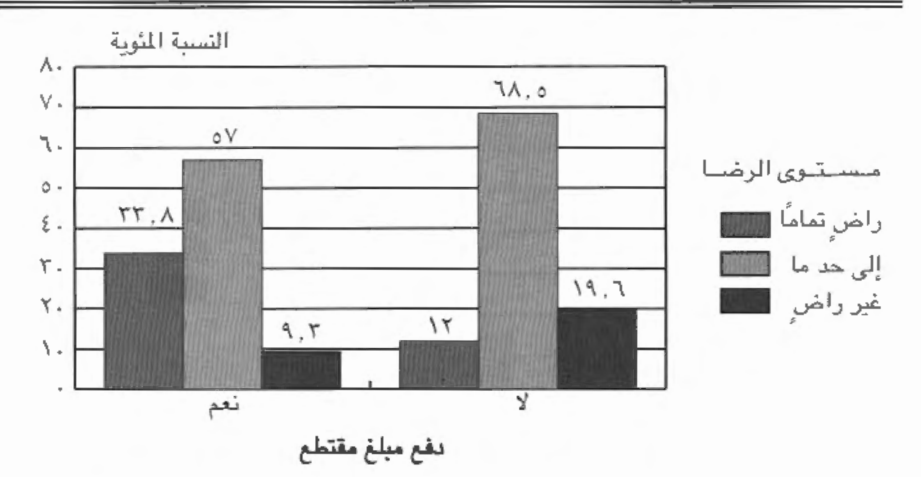
تغطية جميع أفراد الأسرة بالخدمة التأمينية

كما يوضح الجدول رقم (٢٦-٥) والشكل المرافق له ، أن نسبة الراضين عن النظام التأميني الحالي من الذين يشمل هذا النظام جميع أفراد الأسرة المقيمين معهم حالياً بلغت (٩١,٦٪) ، مقابل (٨١,١٪) من الذين لا يشمل هذا النظام جميع أفراد الأسرة المقيمين معهم حالياً ، وبلغت نسب غير الراضين من الفئتين (٨,٤٪) مقابل (١٨,٩٪) على التوالي ، في حين بلغت نسبة غير الراضين عن النظام التأميني الحالي على المستوى الكلي (١٤,٨٪) من مجموع المشتركين محل الدراسة ، ويشير اختبار مربع كاي إلى أن هذه الفروق ذات دلالة إحصائية عالية عند مستوى دلالة قدره (٠,٠٠٠) .

جدول رقم (٢٧-٥) توزيع المشتركين وفقاً لمدى رضاهم عن النظام التأميني الحالي بوجه عام ودفع مبلغ مقتطع بعد تجاوز التكلفة حداً معيناً في ظل هذا النظام ، الرياض ١٤٢٢هـ

دفع مبلغ مقتطع بعد تجاوز التكلفة حداً معيناً	مستوى الرضا بوجه عام: راضٍ تماماً العدد	٪	راضٍ إلى حد ما العدد	٪	غير راضٍ العدد	٪	المجموع العدد	٪
نعم	٥١	٣٣,٨	٨٦	٥٧,٠	١٤	٩,٣	١٥١	١٠٠
لا	١١	١٢,٠	٦٣	٦٨,٥	١٨	١٩,٦	٩٢	١٠٠
المجموع	٦٢	٢٥,٥	١٤٩	٦١,٣	٣٢	١٣,٢	٢٤٣	١٠٠

اختبار مربع كاي : ١٦,٥٠٥ مستوى الدلالة الإحصائية : ٠,٠٠٠



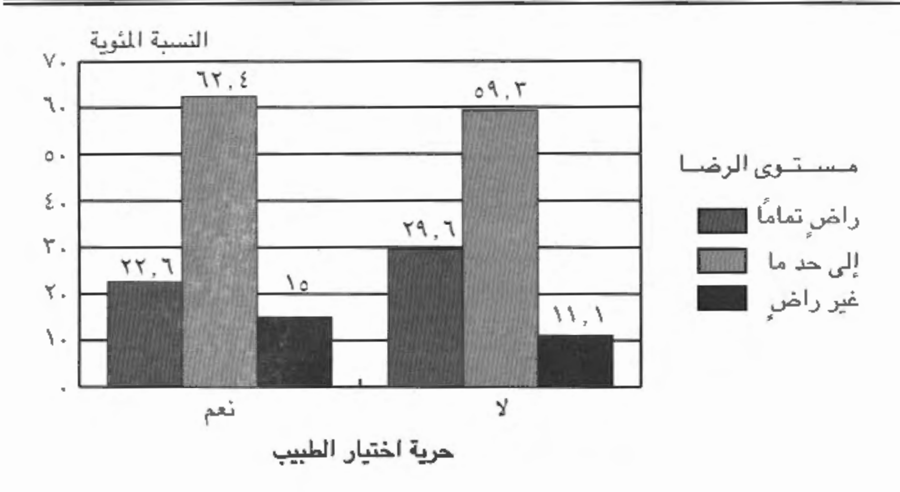
دفع مبلغ مقتطع

يظهر الجدول رقم (٢٧-٥) والشكل المرافق له أن نسبة الراضين عن النظام التأمينى الحالى من الذين يدفعون مبلغاً قابلاً للاقتطاع بعد تجاوز التكلفة حداً معيناً بلغت (٩٠,٨٪) ، مقابل (٨٠,٥٪) من الذين لا يدفعون هذا المبلغ ، وقد بلغت نسب غير الراضين من الفئتين (٩,٣٪) مقابل (١٩,٦٪) على التوالى ، فى حين بلغت نسبة غير الراضين عن نظام التأمين الحالى على المستوى الكلى (١٣,٢٪) من مجموع المشتركين محل الدراسة . ويشير اختبار مربع كاى إلى أن هذه الفروق ذات دلالة إحصائية عالية عند مستوى دلالة قدره (٠,٠٠٠) . وقد ترجع زيادة نسبة عدم الرضا بين الذين لا يدفعون مبلغاً قابلاً للاقتطاع بعد تجاوز التكلفة حداً معيناً إلى التأثير الإيجابى لدفع هذا المبلغ على الخدمات المقدمة .

جدول رقم (٢٨-٥) توزيع المشتركين وفقاً لمدى رضاهم عن النظام التأمينى الحالى بوجه عام وحرية اختيار الطبيب المعالج فى ظل هذا النظام ، الرياض ١٤٢٢هـ

حرية اختيار الطبيب	مستوى الرضا بوجه عام: راضٍ تماماً العدد	٪	راضٍ إلى حد ما العدد	٪	غير راضٍ العدد	٪	المجموع العدد	٪
نعم	٣٠	٢٢,٦	٨٣	٦٢,٤	٢٠	١٥,٠	١٣٣	١٠٠
لا	٣٢	٢٩,٦	٦٤	٥٩,٣	١٢	١١,١	١٠٨	١٠٠
المجموع	**٦٢**	**٢٥,٧**	**١٤٧**	**٦١,٠**	**٣٢**	**١٣,٣**	**٢٤١**	**١٠٠**

اختبار مربع كاى : ١,٩٤٨ مستوى الدلالة الإحصائية : ٠,٣٧٨



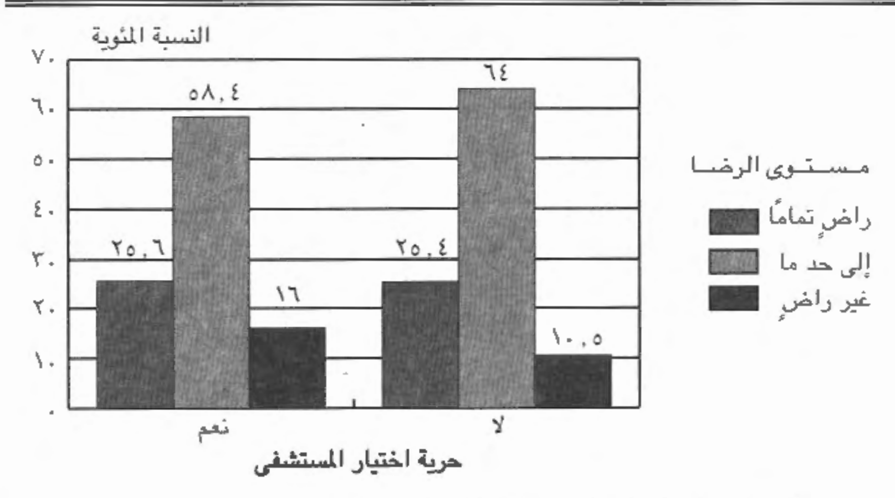
حرية اختيار الطبيب

يبين الجدول رقم (٢٨-٥) والشكل المرافق له تقارب نسب الراضين عن النظام التأميني الحالي من الذين يتوافر لهم حرية اختيار الطبيب والذين لا يتوافر لهم هذا الاختيار وارتفاع هذه النسب (٨٥٪ و ٨٨,٩٪ على التوالي) ، في حين بلغت نسبة غير الراضين عن النظام التأميني الحالي على المستوى الكلي (١٣,٣٪) من مجموع المشتركين محل الدراسة ، ويشير اختبار مربع كاي إلى عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين درجة الرضا بوجه عام عن نظام التأمين الحالي وإمكانية اختيار الطبيب المعالج .

جدول رقم (٢٩-٥) توزيع المشتركين وفقاً لمدى رضاهم عن النظام التأميني الحالي بوجه عام وحرية اختيار المستشفى المعالج في ظل هذا النظام ، الرياض ١٤٢٢هـ

حرية اختيار المستشفى	مستوى الرضا بوجه عام						المجموع	
	راضٍ تماماً		راضٍ إلى حد ما		غير راضٍ			
	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪
نعم	٣٢	٢٥,٦	٧٣	٥٨,٤	٢٠	١٦,٠	١٢٥	١٠٠
لا	٢٩	٢٥,٤	٧٣	٦٤,٠	١٢	١٠,٥	١١٤	١٠٠
المجموع	٦١	٢٥,٥	١٤٦	٦١,١	٣٢	١٣,٤	٢٣٩	١٠٠

اختبار مربع كاي : ١,٦٤٥ مستوى الدلالة الإحصائية : ٠,٤٣٩

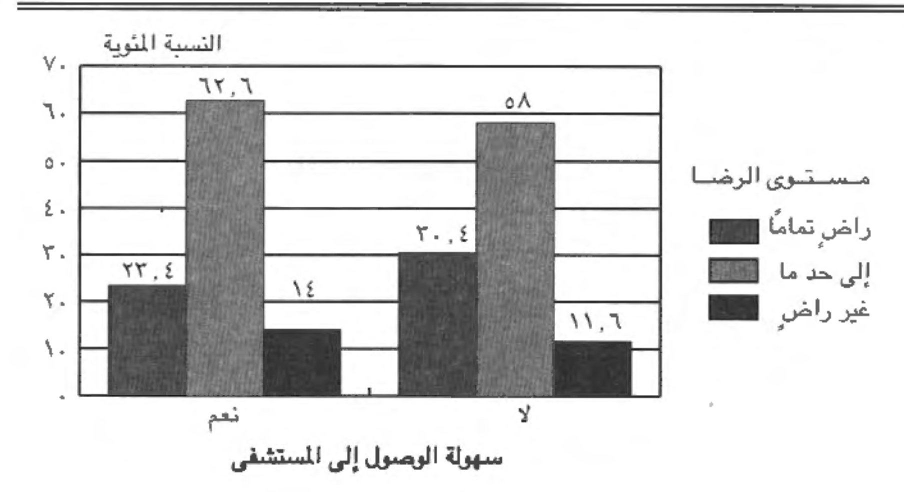


يبين الجدول رقم (٢٩-٥) والشكل المرافق له تقارب نسب الراضين عن النظام التأميني الحالي من الذين يتوافر لهم حرية اختيار المستشفى ، والذين لا يتوافر لهم هذا الاختيار وارتفاع هذه النسب (٨٤٪ و ٨٩,٤٪ على التوالي) ، في حين بلغت نسبة غير الراضين عن النظام التأميني الحالي على المستوى الكلي (١٣,٤٪) من مجموع المشتركين محل الدراسة ، ويشير اختبار مربع كاي إلى عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين درجة الرضا بوجه عام عن نظام التأمين الحالي وإمكانية اختيار المستشفى المعالج .

جدول رقم (٣٠-٥) توزيع المشتركين وفقاً لمدى رضاهم عن النظام التأميني الحالي بوجه عام وسهولة الوصول إلى المستشفى في ظل هذا النظام ، الرياض ١٤٢٢هـ

سهولة الوصول إلى المستشفى	مستوى الرضا بوجه عام						المجموع	
	راضٍ تماماً		راضٍ إلى حد ما		غير راضٍ			
	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪
نعم	٤٠	٢٣,٤	١٠٧	٦٢,٦	٢٤	١٤,٠	١٧١	١٠٠
لا	٢١	٣٠,٤	٤٠	٥٨,٠	٨	١١,٦	٦٩	١٠٠
المجموع	٦١	٢٥,٤	١٤٧	٦١,٣	٣٢	١٣,٣	٢٤٠	١٠٠

اختبار مربع كاي : ١,٣٤٩ مستوى الدلالة الإحصائية : ٠,٥٠٩



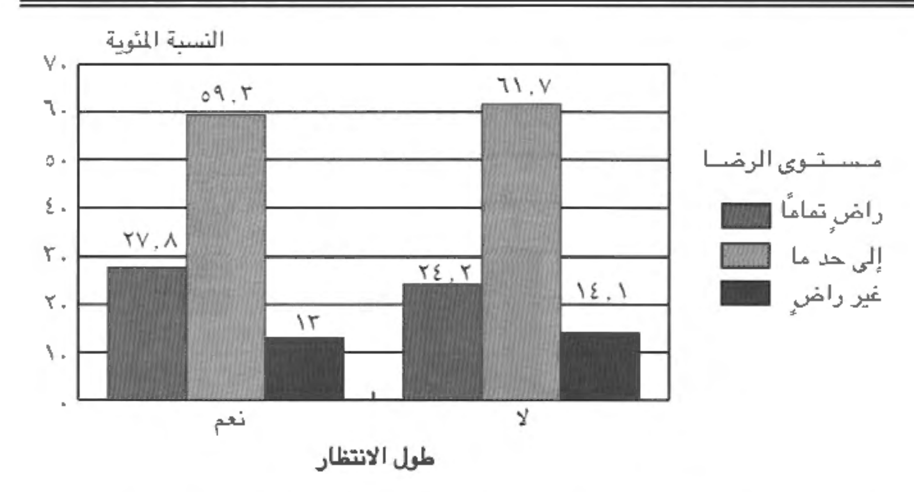
سهولة الوصول إلى المستشفى

يوضح الجدول رقم (٣٠-٥) والشكل المصاحب له ارتفاع نسب الراضين عن النظام التأميني الحالي ، من الذين أفادوا بسهولة الوصول إلى المستشفى ، والذين نفوا ذلك مع تقارب هذه النسب (٨٦٪ و ٨٨,٤٪ على التوالي) ، في حين بلغت نسبة غير الراضين عن النظام التأميني الحالي على المستوى الكلي (١٣,٣٪) من مجموع المشتركين محل الدراسة ، ويشير اختبار مربع كاي إلى عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين درجة الرضا بوجه عام عن نظام التأمين الحالي وسهولة الوصول إلى المستشفى المعالج .

جدول رقم (٣١-٥) توزيع المشتركين وفقاً لمدى رضاهم عن النظام التأميني الحالي بوجه عام والانتظار طويلاً للحصول على الخدمة في ظل هذا النظام ، الرياض ١٤٢٢هـ

الانتظار طويلاً للحصول على الخدمة	مستوى الرضا بوجه عام						المجموع	
	راضٍ تماماً		راضٍ إلى حد ما		غير راضٍ			
	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪
نعم	٣٠	٢٧,٨	٦٤	٥٩,٢	١٤	١٣,٠	١٠٨	١٠٠
لا	٣١	٢٤,٢	٧٩	٦١,٧	١٨	١٤,١	١٢٨	١٠٠
المجموع	٦١	٢٥,٨	١٤٣	٦٠,٦	٣٢	١٣,٦	٢٣٦	١٠٠

اختبار مربع كاي : ٠,٣٩٨ مستوى الدلالة الإحصائية : ٠,٨٢٠

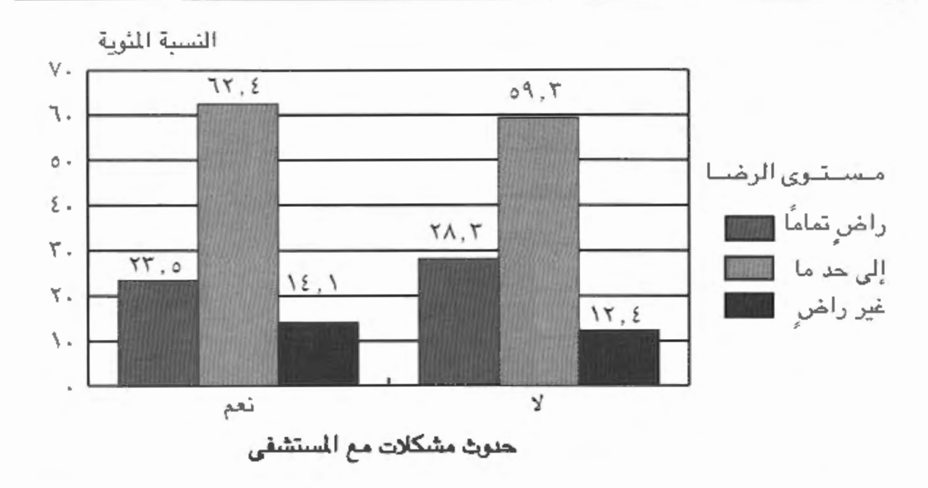


يتبين من الجدول رقم (٣١-٥) والشكل المرافق له ارتفاع نسب الراضين عن النظام التأميني الحالي ، من الذين أفادوا بطول الانتظار للحصول على الخدمة ، والذين نفوا ذلك مع تقارب هذه النسب (٨٧,١ و٨٥,٩٪ على التوالي) ، في حين بلغت نسبة غير الراضين عن النظام التأميني الحالي على المستوى الكلي (١٣,٦٪) من مجموع المشتركين محل الدراسة ، ويشير اختبار مربع كاي إلى عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين درجة الرضا بوجه عام عن نظام التأمين الحالي وطول فترة الانتظار للحصول على الخدمة .

جدول رقم (٣٢-٥) توزيع المشتركين وفقًا لمدى رضاهم عن النظام التأميني الحالي بوجه عام وحدوث مشكلات مع المستشفى المعالج في ظل هذا النظام ، الرياض ١٤٢٢هـ

حدوث مشكلات مع المستشفى المعالج	مستوى الرضا بوجه عام						المجموع	
	راضٍ تمامًا		راضٍ إلى حد ما		غير راضٍ			
	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪
نعم	٢٠	٢٣,٥	٥٣	٦٢,٤	١٢	١٤,١	٨٥	١٠٠
لا	٤١	٢٨,٣	٨٦	٥٩,٣	١٨	١٢,٤	١٤٥	١٠٠
المجموع	٦١	٢٦,٥	١٣٩	٦٠,٤	٣٠	١٣,٠	٢٣٠	١٠٠

اختبار مربع كاي : ٠,٦٥٧ مستوى الدلالة الإحصائية : ٠,٧٢٠

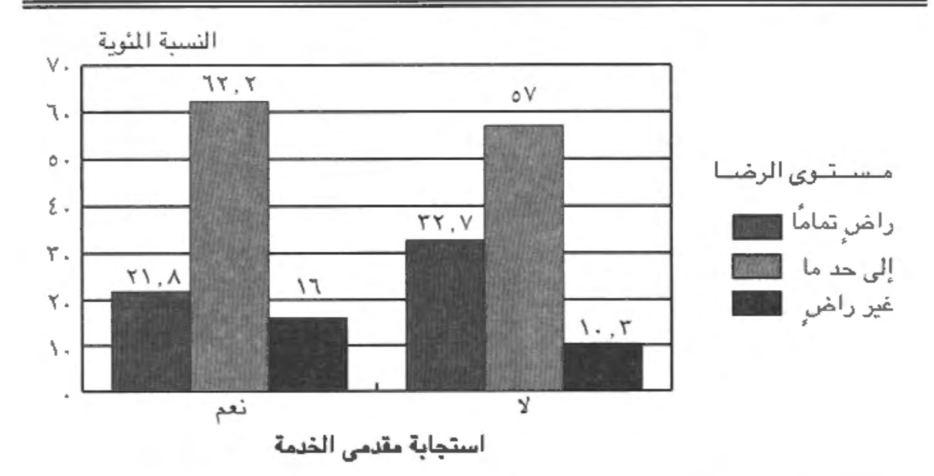


يوضح الجدول رقم (٣٢-٥) والشكل المرافق له ارتفاع نسب الراضين عن النظام التأميني الحالي ، من الذين أفادوا بحدوث مشكلات مع المستشفيات التي يتلقون فيها العلاج ، والذين نفوا ذلك مع تقارب هذه النسب (٨٥,٩٪ و٨٧,٦٪ على التوالي) ، في حين بلغت نسبة غير الراضين عن النظام التأميني الحالي على المستوى الكلي (١٣,٠٪) من مجموع المشتركين محل الدراسة ، ويشير اختبار مربع كاي إلى عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين درجة الرضا بوجه عام عن نظام التأمين الحالي وحدوث مشكلات مع المستشفى المعالج .

جدول رقم (٣٣-٥) توزيع المشتركين وفقاً لمدى رضاهم عن النظام التأميني الحالي بوجه عام واستجابة مقدمي الخدمة لشكاواهم وملاحظاتهم في ظل هذا النظام . الرياض ١٤٢٢هـ

استجابة مقدمي الخدمة للشكاوى والملاحظات	مستوى الرضا بوجه عام						المجموع	
	راضٍ تماماً		راضٍ إلى حد ما		غير راضٍ			
	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪
نعم	٢٦	٢١,٨	٧٤	٦٢,٢	١٩	١٦,٠	١١٩	١٠٠
لا	٣٥	٣٢,٧	٦١	٥٧,٠	١١	١٠,٣	١٠٧	١٠٠
المجموع	**٦١**	**٢٧,٠**	**١٣٥**	**٥٩,٧**	**٣٠**	**١٣,٣**	**٢٢٦**	**١٠٠**

اختبار مربع كاي : ٤,٠٨٧ مستوى الدلالة الإحصائية : ٠,١٣٠



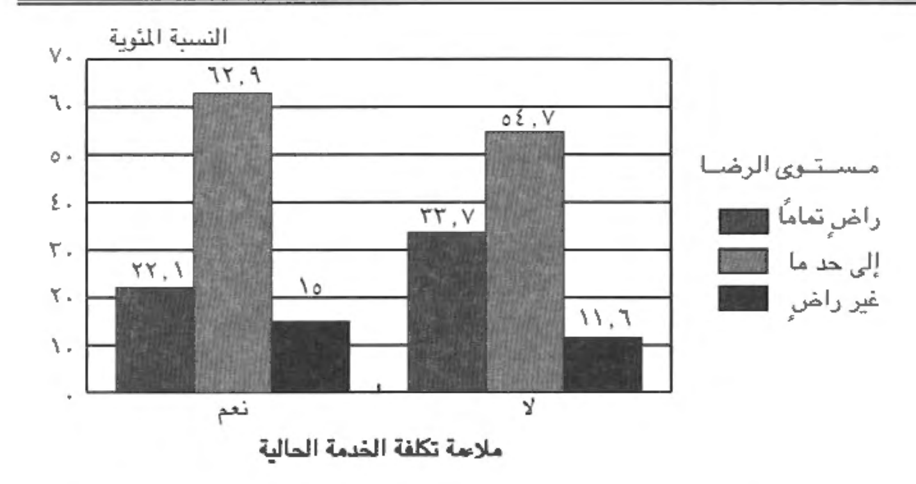
استجابة مقدمى الخدمة

يتبين من الجدول رقم (٣٣-٥) والشكل المرافق له ارتفاع نسب الراضين عن النظام التأمينى الحالى ، من الذين أفادوا باستجابة مقدمى الخدمة لشكاواهم وملاحظاتهم والذين نفوا ذلك ، وتقارب هذه النسب (٨٤,٠٪ و٨٩,٧٪ على التوالى) ، فى حين بلغت نسبة غير الراضين عن النظام التأمينى الحالى على المستوى الكلى (١٣,٣٪) من مجموع المشتركين محل الدراسة ، ويشير اختبار مربع كاى إلى عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين درجة الرضا بوجه عام عن نظام التأمين الحالى واستجابة مقدمى الخدمة للشكاوى والملاحظات .

جدول رقم (٣٤-٥) توزيع المشتركين وفقاً لمدى رضاهم عن النظام التأمينى الحالى بوجه عام وملاءمة تكلفة الخدمة الحالية بالنسبة لهم فى ظل هذا النظام ، الرياض ١٤٢٢هـ

ملاءمة تكلفة الخدمة الحالية	مستوى الرضا بوجه عام						المجموع	
	راضٍ تماماً		راضٍ إلى حد ما		غير راضٍ			
	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪
نعم	٣١	٢٢,١	٨٨	٦٢,٩	٢١	١٥,٠	١٤٠	١٠٠
لا	٢٩	٣٣,٧	٤٧	٥٤,٧	١٠	١١,٦	٨٦	١٠٠
المجموع	٦٠	٢٦,٥	١٣٥	٥٩,٧	٣١	١٣,٧	٢٢٦	١٠٠

اختبار مربع كاى : ٣,٧٣٢ مستوى الدلالة الإحصائية : ١,٥٥



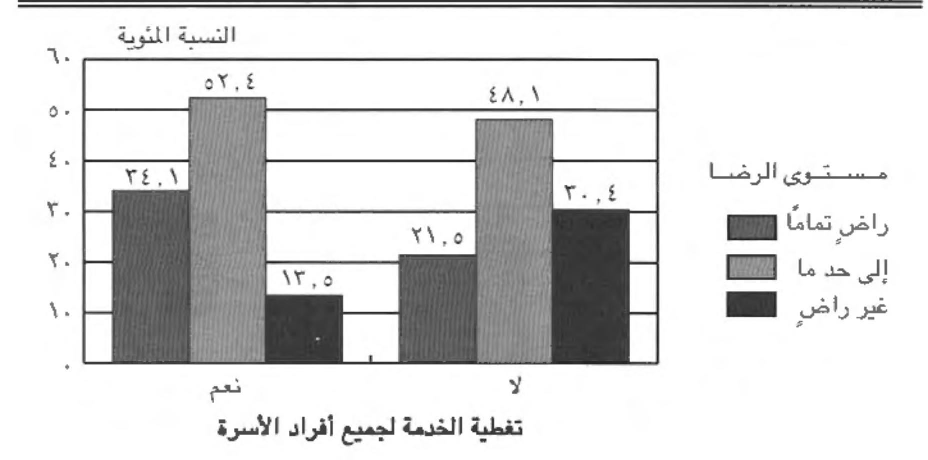
ملاءمة تكلفة الخدمة الحالية

يوضح الجدول رقم (٣٤-٥) والشكل المرافق له ارتفاع نسب الراضين عن النظام التأميني الحالي ، من الذين أفادوا بملاءمة تكلفة الخدمة الحالية بالنسبة لهم في ظل نظام التأمين الحالي ، والذين نفوا ذلك مع تقارب هذه النسب (٨٥٪ و ٨٨,٤٪ على التوالي) ، في حين بلغت نسبة غير الراضين عن النظام التأميني الحالي على المستوى الكلي (١٣,٧٪) من مجموع المشتركين محل الدراسة ، ويشير اختبار مربع كاي إلى عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين درجة الرضا بوجه عام عن نظام التأمين الحالي ، وملاءمة تكلفة الخدمة الحالية بالنسبة للمشتركين في ظل نظام التأمين الحالي .

جدول رقم (٣٥-٥) توزيع المشتركين وفقاً لمدى رضاهم عن شمولية الخدمة الصحية المقدمة لهم وتوفر التغطية التأمينية لجميع أفراد الأسرة في ظل النظام الحالي ، الرياض ١٤٢٢هـ

تشمل الخدمة جميع أفراد الأسرة	مستوى الرضا عن شمولية الخدمة						المجموع	
	راضٍ تماماً		راضٍ إلى حد ما		غير راضٍ			
	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪
نعم	٢٨	٣٤,١	٤٣	٥٢,٤	١١	١٣,٥	٨٢	١٠٠
لا	٢٩	٢١,٥	٦٥	٤٨,١	٤١	٣٠,٤	١٣٥	١٠٠
المجموع	٥٧	٢٦,٢	١٠٨	٤٩,٨	٥٢	٢٤,٠	٢١٧	١٠٠

اختبار مربع كاي : ٩,٤٢٤ مستوى الدلالة الإحصائية : ٠,٠٠٩



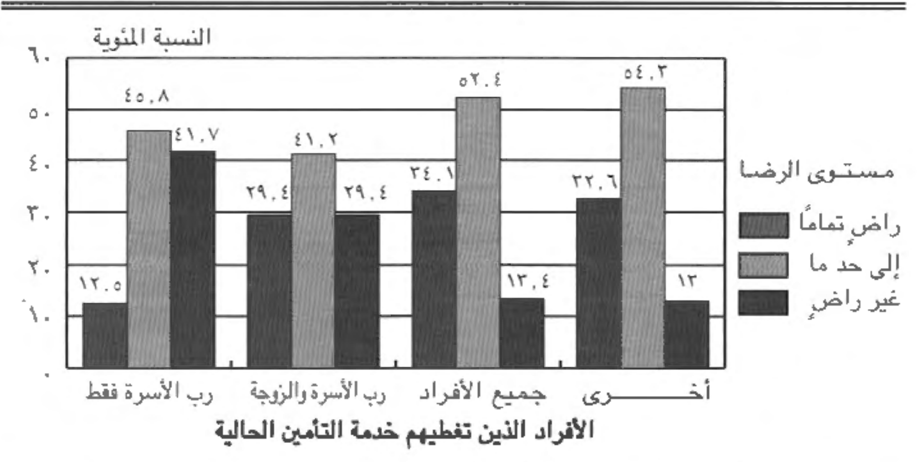
تغطية الخدمة لجميع أفراد الأسرة

يتضح من الجدول رقم (٣٥-٥) والشكل المصاحب له ارتفاع نسبة الرضا عن شمولية الخدمة الصحية ، لدى الذين أفادوا بتغطية الخدمة التأمينية الحالية لجميع أفراد الأسرة المقيمين معهم عنها للذين نفوا ذلك (٨٦,٥٪ في مقابل ٦٩,٦٪ على التوالى) ، في حين بلغت نسبة غير الراضين عن شمولية الخدمة في ظل النظام التأميني الحالي على المستوى الكلى (٢٤,٠٪) من مجموع المشتركين محل الدراسة ، ويشير اختبار مربع كاى إلى وجود علاقة جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجة الرضا عن شمولية الخدمة الصحية المقدمة وتغطية جميع أفراد الأسرة بالخدمات التأمينية .

جدول رقم (٣٦-٥) توزيع المشتركين وفقاً لمدى رضاهم عن شمولية الخدمة الصحية المقدمة لهم وعدد أفراد الأسرة الذين تشملهم خدمة التأمين الصحى الحالية ، الرياض ١٤٢٢هـ

الأفراد الذين تشملهم خدمة التأمين الحالية	مستوى الرضا عن شمولية الخدمة						المجموع	
	راضٍ تماماً		راضٍ إلى حد ما		غير راضٍ			
	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪
رب الأسرة فقط	٩	١٢,٥	٣٣	٤٥,٨	٣٠	٤١,٧	٧٢	١٠٠
رب الأسرة والزوجة	٥	٢٩,٤	٧	٤١,٢	٥	٢٩,٤	١٧	١٠٠
جميع أفراد الأسرة	٢٨	٣٤,١	٤٣	٥٢,٤	١١	١٣,٤	٨٢	١٠٠
أخرى	١٥	٣٢,٦	٢٥	٥٤,٣	٦	١٣,٠	٤٦	١٠٠
المجموع	**٥٧**	**٢٦,٢**	**١٠٨**	**٤٩,٨**	**٥٢**	**٢٤,٠**	**٢١٧**	**١٠٠**

اختبار مربع كاى : ٢٤,٤١٣ مستوى الدلالة الإحصائية : ٠,٠٠٠



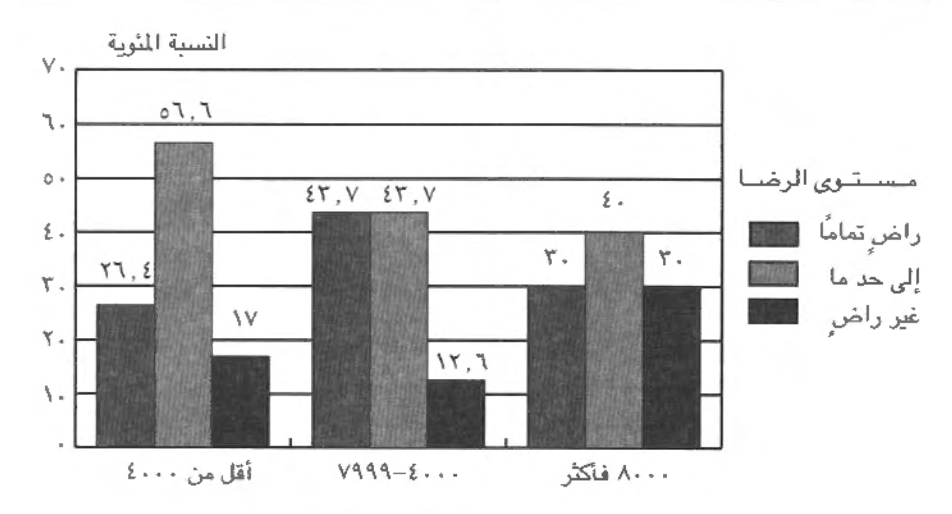
الأفراد الذين تغطيهم خدمة التأمين الحالية

يتضح من الجدول (٣٦-٥) والشكل المصاحب له ارتفاع نسب الرضا عن شمولية الخدمة الصحية بزيادة عدد أفراد الأسرة المشمولين بالتغطية التأمينية ؛ إذ بلغت هذه النسبة (٥٨,٣٪) و(٧٠.٦٪) و(٨٦,٥٪) في حالة تغطية الخدمة التأمينية الحالية لرب الأسرة فقط ، رب الأسرة والزوجة ، وجميع أفراد الأسرة على التوالي . من جهة أخرى ، انخفضت نسب عدم الرضا عن شمولية الخدمة بزيادة عدد أفراد الأسرة المشمولين بالتغطية التأمينية ، وبلغت نسبة غير الراضين عن شمولية الخدمة في ظل النظام التأميني الحالي على المستوى الكلي (٢٤,٠٪) من مجموع المشتركين محل الدراسة ، ويشير اختبار مربع كاي إلى وجود علاقة جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجة الرضا عن شمولية الخدمة الصحية المقدمة ، وعدد أفراد الأسرة الذين تغطيهم خدمة التأمين الصحي الحالية .

جدول رقم (٣٧-٥) توزيع المشتركين وفقاً لمدى رضاهم عن شمولية الخدمة الصحية المقدمة لهم في ظل النظام التأميني الحالي والدخل الشهري ، الرياض ١٤٢٢هـ

الدخل الشهري بالريال	مستوى الرضا عن شمولية الخدمة						المجموع	
	راضٍ تماماً		راضٍ إلى حد ما		غير راضٍ			
	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪
أقل من ٤٠٠٠ ريال	١٤	٢٦,٤	٣٠	٥٦,٦	٩	١٧,٠	٥٣	١٠٠
من ٤٠٠٠ - ٧٩٩٩	٥٥	٤٣,٧	٥٥	٤٣,٧	١٦	١٢,٦	١٢٦	١٠٠
أكثر من ٨٠٠٠	١٨	٣٠,٠	٢٤	٤٠,٠	١٨	٣٠,٠	٦٠	١٠٠
المجموع	**٨٧**	**٣٦,٤**	**١٠٩**	**٤٥,٦**	**٤٣**	**١٨,٠**	**٢٣٩**	**١٠٠**

اختبار مربع كاي : ١٢,٦٧٢ مستوى الدلالة الإحصائية : ٠,٠١٣



الدخل الشهري بالريال

يتضح من الجدول رقم (٣٧-٥) والشكل المصاحب له ارتفاع نسب الرضا عن شمولية الخدمة الصحية بين فئات الدخل المختلفة ، وقد تراوحت هذه النسب بين (٧٠٪) لفئة الدخل أكثر من ٨٠٠٠ ريال ، و(٨٧,٤٪) لفئة الدخل من ٤٠٠٠-٧٩٩٩ ريالاً ، وقد بلغت نسبة غير الراضين عن شمولية الخدمة في ظل النظام التأميني الحالي على المستوى الكلي (١٨,٠٪) من مجموع المشتركين محل الدراسة ، ويشير اختبار مربع كاي إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين درجة الرضا عن شمولية الخدمة الصحية والدخل .

ثانياً - تحليل آراء أفراد العينة غير المشتركين حالياً فى نظام للتأمين الصحى (وسوف يشار إليهم فيما يلى بغير المشتركين) :

جدول رقم (٣٨-٥) توزيع غير المشتركين محل الدراسة وفقاً للخواص الديموجرافية ، الرياض ١٤٢٢هـ

العمر	عدد الأفراد	النسبة المئوية
أقل من ٣٠	١٨	٦,٦
٣٠ - ٤٠	٨٩	٣٢,٤
٤١ - ٥٠	١٠٥	٣٨,٢
أكبر من ٥٠	٦٣	٢٢,٩
المجموع	**٢٧٥**	**١٠٠,٠**

الجنس	عدد الأفراد	النسبة المئوية
ذكر	٢٦٢	٩٣,٦
أنثى	١٨	٦,٤
المجموع	**٢٨٠ ***	**١٠٠,٠**

الحالة الزواجية	عدد الأفراد	النسبة المئوية
أعزب	٤١	١٤,٨
متزوج	٢٢٩	٨٢,٧
مطلق	٧	٢,٥
المجموع	**٢٧٧ ***	**١٠٠,٠**

المستوى التعليمى	عدد الأفراد	النسبة المئوية
أقل من ثانوى	٩	٣,٢
ثانوى	٤١	١٤,٧
جامعى	١١٣	٤٠,٥
ماجستير	٦٤	٢٢,٩
دكتوراه	٥٢	١٨,٦
المجموع	**٢٧٩ ***	**١٠٠,٠**

محل الإقامة	عدد الأفراد	النسبة المئوية
شمال الرياض	٦١	٢٦,٢
جنوب الرياض	٩٣	٣٩,٩
شرق الرياض	٥٨	٢٤,٩
غرب الرياض	٢١	٩,٠
المجموع	**٢٧٥ ***	**١٠٠,٠**

* العدد الكلى للعينة = ٢٨٢ والفرق فى المجموع هم غير المستجيبين للسؤال .

يوضح الجدول رقم (٣٨-٥) توزيع غير المشتركين محل الدراسة وفقًا للخواص الديموجرافية للعينة . بالنسبة للتوزيع وفقًا للعمر ، فغالبية المستجيبين (٧٠,٦٪) تتراوح أعمارهم بين ٣٠ إلى ٥٠ سنة ، ويلاحظ ارتفاع نسبة من هم فوق سن الخمسين بالمقارنة بالمشتركين فى نظام التأمين الصحى حاليًا (جدول رقم ١-٥) ؛ وذلك لأن شركات التأمين تتجنب هذه الفئة العمرية أو ترفع رسوم الاشتراك بالنسبة لهم بدرجة كبيرة . أما عن التوزيع وفقًا للجنس فقد شكلت الإناث ٦,٤٪ فقط من عينة غير المشتركين محل الدراسة .

فيما يخص التوزيع وفقًا للحالة الزواجية ، فقد بلغت نسبة المتزوجين (٨٢,٧٪) من المستجيبين مقابل (١٧,٣٪) لغير المتزوجين حاليًا (أعزب ومطلق) .

بالنسبة لتوزيع العينة وفقًا للمستوى التعليمي ، فقد بلغت نسبة الحاصلين على التعليم الجامعي (٤٠,٥٪) من المشتركين ونسبة من حصل منهم على الماجستير والدكتوراه (٤١,٥٪) في مقابل (١٧,٩٪) للحاصلين على التعليم الثانوي والأقل من الثانوي ، ويرجع ارتفاع نسبة الحاصلين على التعليم فوق الجامعي لزيادة أعداد هذه الفئة بين المقيمين غير السعوديين وفقًا لمتطلبات العمل .

جدول رقم (٥-٣٩) توزيع غير المشتركين محل الدراسة وفقًا للجنسية ، الرياض ١٤٢٢هـ

الجنسية	عدد الأفراد	النسبة المئوية
سوري	١٦	٥,٩
مصري	١١٩	٤٣,٨
سوداني	٤٨	١٧,٦
باكستاني	٧	٢,٦
أمريكي	٤	١,٥
أردني	٢٤	٨,٨
عراقي	٣	١,١
كندي	١	٠,٤
أيرلندي	١١	٤,٠
فلسطيني	٢	٠,٧
تونسي	٦	٢,٢
فلبيني	١٤	٥,١
سيريلانكي	٣	١,١
لبناني	١	٠,٤
إريتيري	١	٠,٤
هندي	١	٠,٤
مغربي	٧	٢,٦
يمني	١	٠,٤
بريطاني	١	٠,٤
صومالي	١	٠,٤
إندونيسي	١	٠,٤
المجموع	**٢٧٢ ***	**١٠٠,٠**

* عدد غير المستجيبين = ١٠ .

فيما يتعلق بتوزيع العينة وفقًا لمحل الإقامة ، فقد مثل المقيمون فى جنوب الرياض (٣٩,٩٪) من المستجيبين ، فى مقابل (٢٦,٢٪) للمقيمين بشمال الرياض و(٢٤,٩٪) للمقيمين بشرقها ، فى حين بلغت نسبة المقيمين فى غرب الرياض (٩,٠٪) فقط من مجموع المستجيبين ويمكن تعليل ذلك ببعد هذه المنطقة عن مراكز عمل الشركات ، وكذلك لارتفاع قيمة إيجارات المساكن فى المنطقة القريبة من غرب الرياض .

كما يتضح من جدول رقم (٣٩-٥) كانت أعلى نسبة لجنسيات المستجيبين هى الجنسية المصرية (٤٣,٨٪) ، تليها الجنسية السودانية (١٧,٦٪) ، فالأردنية (٨,٨٪) وتقاربت نسبة كل من الجنسية السورية والفليبينية (٥,٩٪ و٥,١٪ لكل منهما على التوالى) وتلا ذلك بقية الجنسيات بنسب أقل .

جدول رقم (٤٠-٥) توزيع غير المشتركين محل الدراسة وفقًا لجهة العمل ، الرياض ١٤٢٢هـ

جهة العمل	عدد الأفراد	النسبة المئوية
حكومية	٢١٩	٧٨,٨
غير حكومية	٥٩	٢١,٢
المجموع	**٢٧٨ ***	**١٠٠,٠**

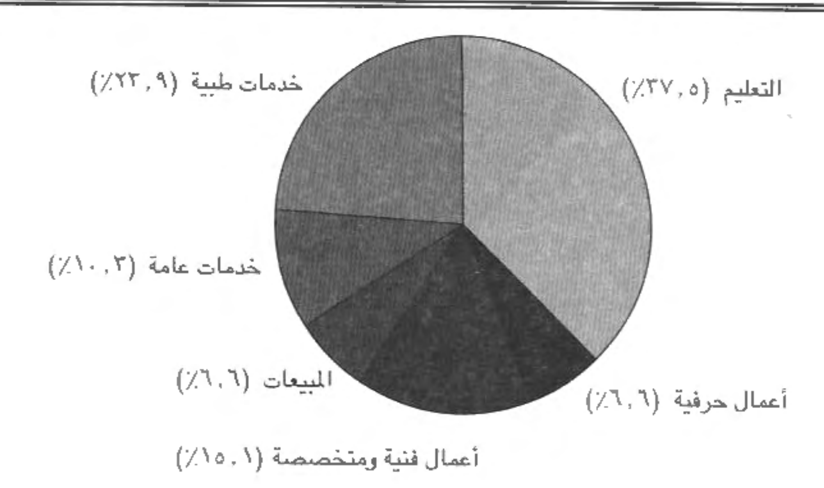
* عدد غير المستجيبين = ٤ .

كما يتضح من الجدول رقم (٤٠-٥) ، بلغت نسبة المستجيبين الذين يعملون فى جهات حكومية (٧٨,٨٪) ، مقابل (٢١,٢٪) يعملون فى جهات غير حكومية .

جدول رقم (٤١-٥) توزيع غير المشتركين محل الدراسة وفقًا لمجال الوظيفة ، الرياض ١٤٢٢هـ

مجال الوظيفة	عدد الأفراد	النسبة المئوية
المبيعات	١٨	٦,٦
التعليم	١٠٢	٣٧,٥
الخدمات الطبية	٦٥	٢٣,٩
الخدمات العامة	٢٨	١٠,٣
أعمال حرفية	١٨	٦,٦
أعمال فنية ومتخصصة	٤١	١٥,١
المجموع	**٢٧٢ ***	**١٠٠,٠**

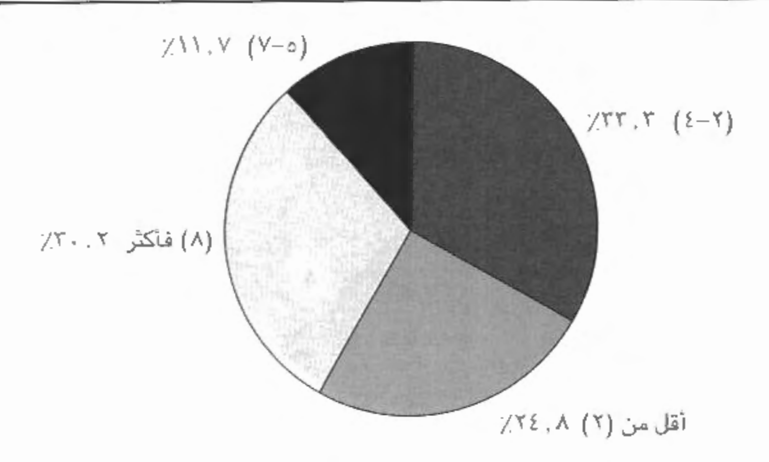
* عدد غير المستجيبين = ١٠ .



كما يتضح من الجدول رقم (٤١-٥) والشكل المصاحب له ، تمثل نسبة العاملين فى مجال التعليم أعلى نسبة من المستجيبين (٣٧,٥٪) ، يليها مجال الخدمات الطبية (٢٣,٩٪) ، ثم مجال الأعمال الفنية والمتخصصة (١٥,١٪) ، فى حين بلغت نسبة المستجيبين فى مجالى الخدمات العامة والأعمال الحرفية (١٠,٣٪) و(٦,٦٪) على التوالى .

جدول رقم (٤٢-٥) توزيع غير المشتركين محل الدراسة وفقاً لعدد أفراد الأسرة المقيمين معهم حالياً ، الرياض ١٤٢٢هـ

عدد أفراد الأسرة المقيمين	عدد الأفراد	النسبة المئوية
أقل من ٢	٧٠	٢٤,٨
من ٢ – ٤	٩٤	٣٣,٣
من ٥ – ٧	٣٣	١١,٧
٨ فأكثر	٨٥	٣٠,٢
المجموع	**٢٨٢**	**١٠٠,٠**

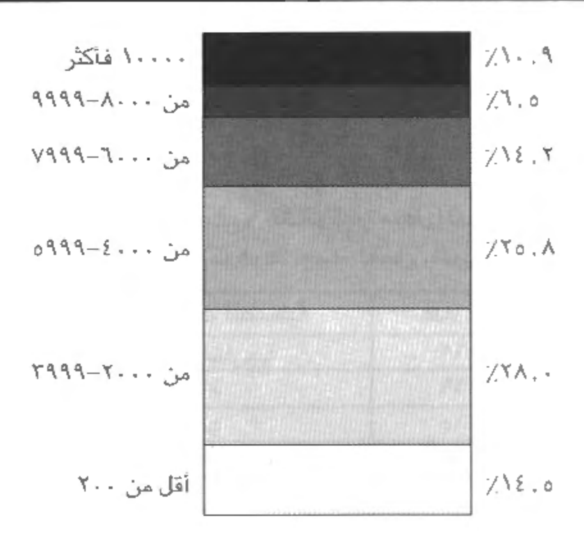


كما يتضح من الجدول رقم (٤٢-٥) والشكل المرافق له ، أفاد (٣٣,٣٪) من المستجيبين أن عدد أفراد الأسرة الذين يقيمون معهم يتراوح بين ٢ إلى ٤ أفراد ، في حين بلغ هذا العدد ٨ أفراد فأكثر في (٣٠,٢٪) من الحالات ، وكان أقل من فردين في (٢٤,٨٪) من الحالات وتراوح من ٥ إلى ٧ أفراد في (١١,٧٪) من مجموع المستجيبين .

جدول رقم (٤٣-٥) توزيع غير المشتركين محل الدراسة وفقاً للدخل الشهري ، الرياض ١٤٢٢هـ

الدخل الشهري	عدد الأفراد	النسبة المئوية
أقل من ٢٠٠٠	٤٠	١٤,٥
من ٢٠٠٠ - ٣٩٩٩	٧٧	٢٨,٠
من ٤٠٠٠ - ٥٩٩٩	٧١	٢٥,٨
من ٦٠٠٠ - ٧٩٩٩	٣٩	١٤,٢
من ٨٠٠٠ - ٩٩٩٩	١٨	٦,٥
من ١٠٠٠٠ - ١١٩٩٩	١٧	٦,٢
من ١٢٠٠٠ - ١٣٩٩٩	٦	٢,٢
١٤٠٠٠ فأكثر	٧	٢,٥
المجموع	**٢٧٥ ***	**١٠٠,٠**

* عدد غير المستجيبين = ٧ .



كما يبين الجدول رقم (٤٣-٥) والشكل المرافق له ، تراوح الدخل الشهرى لأعلى نسبة من المستجيبين (٢٨.٠٪) بين ٢٠٠٠ وأقل من ٤٠٠٠ آلاف ريال ، فى حين أن نسبة (٢٥.٨٪) من المستجيبين تراوح دخلهم بين ٤٠٠٠ وأقل من ٦٠٠٠ آلاف ريال ، وبلغت نسبة الذين يقل دخلهم الشهرى عن ٢٠٠٠ ريال (١٤.٥٪) ، والذين يزيد دخلهم الشهرى عن ٨٠٠٠ ريال (١٧.٤٪) من مجموع المستجيبين .

جدول رقم (٤٤-٥) توزيع غير المشتركين محل الدراسة وفقاً لوجود خدمات صحية توفرها جهة العمل ، الرياض ١٤٢٢هـ

وجود خدمات صحية توفرها جهة العمل	عدد الأفراد	النسبة المئوية
نعم	٢١٢	٧٧.١
لا	٦٣	٢٢.٩
المجموع	٢٧٥ *	١٠٠,٠

* عدد غير المستجيبين = ٧ .

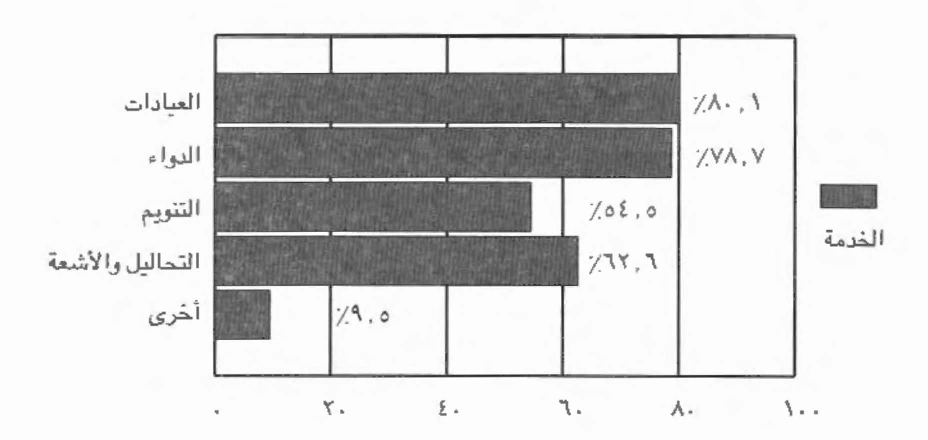
كما يتضح من الجدول رقم (٤٤-٥) ، أفاد (٧٧,١٪) من المستجيبين أنه متاح لديهم خدمات صحية توفرها جهات عملهم في مقابل (٢٢,٩٪) أفادوا أنه لا توجد لديهم هذه الخدمات .

جدول رقم (٤٥-٥) توزيع غير المشتركين محل الدراسة وفقًا لنوع الخدمات الصحية التى توفرها جهة العمل ، الرياض ١٤٢٢هـ

نوع الخدمات الصحية	عدد الأفراد (٪) **
خدمات العيادات الخارجية	١٦٩ (٨٠,١)
الحصول على الدواء	١٦٦ (٧٨,٧)
التنويم بالمستشفيات	١١٥ (٥٤,٥)
التحاليل المعملية والإشعاعية	١٣٢ (٦٢,٦)
أخرى	٢٠ (٩,٥)
مجموع المستجيبين	٢١١ *


* عدد غير المستجيبين = ١ .

** يسمح بأكثر من اختيار .

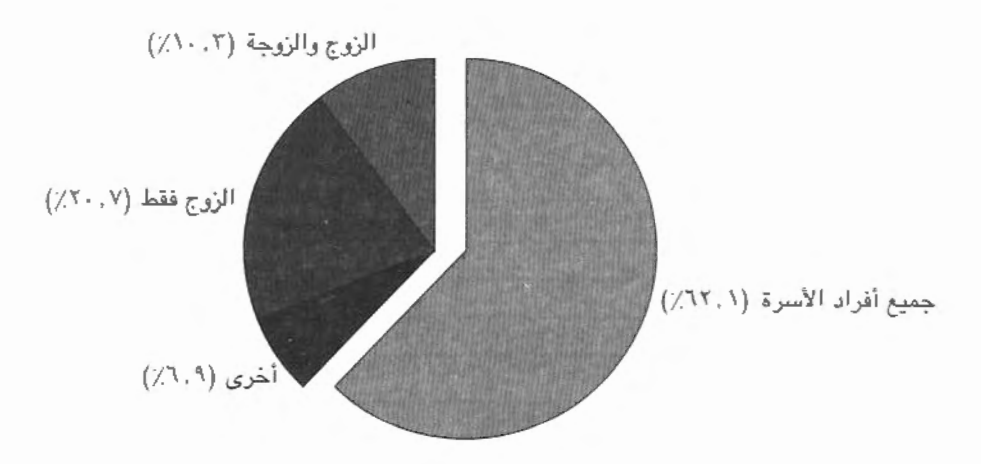


يبين الجدول رقم (٤٥-٥) والشكل المصاحب له أن (٨٠,١٪) من المستجيبين توفر لهم جهات عملهم خدمات العيادات الخارجية ، في حين مثّل الحصول على الدواء (٧٨,٧٪) من الاستجابات ، يليه التحاليل المعملية والإشعاعية (٦٢,٦٪) ، ثم التنويم بالمستشفيات (٥٤,٥٪) .

جدول رقم (٤٦-٥) توزيع غير المشتركين محل الدراسة وفقاً لأفراد الأسرة الذين تشملهم الخدمات الصحية التى توفرها جهة العمل ، الرياض ١٤٢٢هـ

الأفراد المشمولون بالخدمة	عدد الأفراد	النسبة المئوية
جميع أفراد الأسرة	١٢٦	٦٢,١
رب الأسرة والزوجة	٢١	١٠,٣
رب الأسرة فقط	٤٢	٢٠,٧
أخرى	١٤	٦,٩
المجموع	**٢٠٣ ***	**١٠٠,٠**

* عدد غير المستجيبين = ٩ .



يوضح الجدول رقم (٤٦-٥) والشكل المصاحب له أن الخدمات الصحية التى توفرها جهة العمل شملت جميع أفراد الأسرة لدى (٦٢,١٪) من المستجيبين ، فى حين شملت هذه الخدمات رب الأسرة فقط فى حالة (٢٠,٧٪) منهم ، وشملت رب الأسرة والزوجة فقط فى (١٠,٣٪) من الحالات .

جدول رقم (٤٧-٥) توزيع غير المشتركين محل الدراسة وفقاً لاستعدادهم لدفع نسبة من التكلفة عند كل زيارة للطبيب، الرياض ١٤٢٢هـ

الاستعداد لدفع نسبة من التكلفة	عدد الأفراد	النسبة المئوية
نعم	١٣٧	٥١,٧
لا	١٢٨	٤٨,٣
المجموع	***٢٦٥**	**١٠٠,٠**

* عدد غير المستجيبين = ١٧ .

كما يتضح من الجدول رقم (٤٧-٥) بلغت نسبة الذين على استعداد لدفع نسبة من التكلفة عند كل زيارة للطبيب (٥١,٧٪) ، في مقابل (٤٨,٣٪) لا يوجد لديهم هذا الاستعداد .

جدول رقم (٤٨-٥) توزيع غير المشتركين محل الدراسة وفقاً لأسباب عدم استعدادهم لدفع نسبة من التكلفة عند كل زيارة للطبيب، الرياض ١٤٢٢هـ

أسباب عدم الاستعداد للدفع	عدد الأفراد	النسبة المئوية
الظروف المادية لا تسمح	٤١	٤٠,٢
يجب أن يتحمل رب العمل هذه النسبة	٤١	٤٠,٢
يجب أن تتحمل الدولة هذه النسبة	٨	٧,٨
من أجل تسهيل الإجراءات	٢	٢,٠
قلة الاحتياج للخدمة	٤	٣,٩
الخدمات المجانية متاحة لي	٦	٥,٩
المجموع	***١٠٢**	**١٠٠,٠**

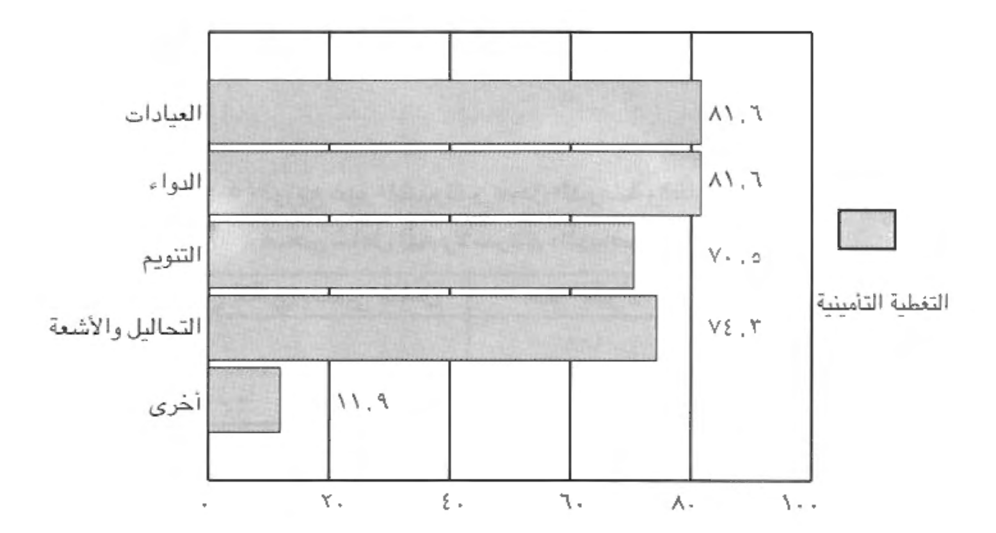
* عدد غير المستجيبين = ٢٦ .

كما يتبين من الجدول رقم (٤٨-٥) ، أفاد (٤٠,٢٪) من المستجيبين الذين ليسوا مستعدين لدفع نسبة من التكلفة عند كل زيارة للطبيب ، بأن السبب يرجع لظروفهم المالية التي لا تسمح بذلك ، في حين أفادت نسبة مماثلة منهم بأن السبب هو أنهم يرون أن رب العمل يجب أن يتحمل هذه النسبة . بالإضافة لذلك ، تراوحت نسب المستجيبين الآخرين بين (٧,٨٪) يرون أن الدولة يجب أن تتحمل هذه النسبة و(٢,٠٪) يرون أن عدم مشاركتهم بهذه النسبة من شأنه تسهيل إجراءات الحصول على الخدمة .

جدول رقم (٤٩-٥) توزيع غير المشتركين محل الدراسة وفقاً لنوع التغطية التأمينية المناسبة لهم من وجهة نظرهم ، الرياض ١٤٢٢هـ

نوع التغطية التأمينية المناسبة المقترحة	عدد الأفراد (٪) **
خدمات العيادات الخارجية	٢١٣ (٨١,٦)
الحصول على الدواء	٢١٣ (٨١,٦)
التنويم بالمستشفيات	١٨٤ (٧٠,٥)
التحاليل المعملية والأشعة	١٩٤ (٧٤,٣)
أخرى	٣١ (١١,٩)
مجموع المستجيبين	**٢٦١ ***

* عدد غير المستجيبين = ٢١ . ** يسمح بأكثر من اختيار .



كما يبين الجدول رقم (٤٩-٥) والشكل المصاحب له ، أفاد (٨١,٦٪) من المستجيبين أن التغطية التأمينية المناسبة لهم من وجهة نظرهم يجب أن تشتمل على خدمات الكشف بالعيادات الخارجية ، بالإضافة إلى الحصول على الدواء ، في حين بلغت نسبة الذين يرون أن تشتمل هذه التغطية على التنويم بالمستشفيات والتحاليل المعملية والإشعاعية (٧٠,٥٪) و(٧٤,٣٪) على التوالي .

جدول رقم (٥٠-٥) توزيع غير المشتركين محل الدراسة وفقاً لآرائهم حول ما إذا كان الاشتراك فى التأمين الصحي أفضل بالنسبة لهم مقارنة بتكلفة الخدمة بدون التغطية التأمينية ، الرياض ١٤٢٢هـ

هل الاشتراك في التأمين الصحى أفضل ؟	عدد الأفراد	النسبة المئوية
نعم	١٩٤	٧٥,٨
لا	٦٢	٢٤,٢
المجموع	**٢٥٦***	**١٠٠,٠**

* عدد غير المستجيبين = ٢٦ .

كما يتضح من جدول رقم (٥٠-٥) ، أفاد (٧٥,٨٪) من المستجيبين أن الاشتراك فى نظام للتأمين الصحى أفضل بالنسبة لهم ، فى حين (٢٤,٢٪) منهم لا يرون ذلك .

جدول رقم (٥١-٥) توزيع غير المشتركين محل الدراسة وفقاً لمدى احتياجهم لتأمين صحى شامل لهم ولأسرهم ، الرياض ١٤٢٢هـ

مدى الاحتياج لتأمين صحى شامل	عدد الأفراد	النسبة المئوية
أحتاج إليه بقوة	١٢٩	٤٦,٧
أحتاج إليه إلى حد ما	١٠٠	٣٦,٢
لا أحتاج إليه	٤٧	١٧,٠
المجموع	**٢٧٦***	**١٠٠,٠**

* عدد غير المستجيبين = ٦ .

كما يبين الجدول رقم (٥١-٥) ، أفاد (٤٦,٧٪) من المستجيبين أنهم يحتاجون بشدة إلى تأمين صحى شامل ، فى حين أفاد (٣٦,٢٪) منهم أنهم يحتاجون إليه إلى حد ما ، وبلغت نسبة الذين أفادوا بأنهم لا يحتاجون إلى تأمين صحى شامل (١٧٪) .

جدول رقم (٥-٥٢) توزيع غير المشتركين محل الدراسة وفقاً لإمكانية اقتطاع جزء من رواتبهم الشهرية من أجل الاشتراك فى الضمان الصحى التعاونى ، الرياض ١٤٢٢هـ

إمكانية اقتطاع جزء من الراتب	عدد الأفراد	النسبة المئوية
ممكن جداً	٨٩	٣٢,٢
ممكن إلى حد ما	١٢٣	٤٤,٦
غير ممكن	٦٤	٢٣,٢
المجموع	**٢٧٦ ***	**١٠٠,٠**

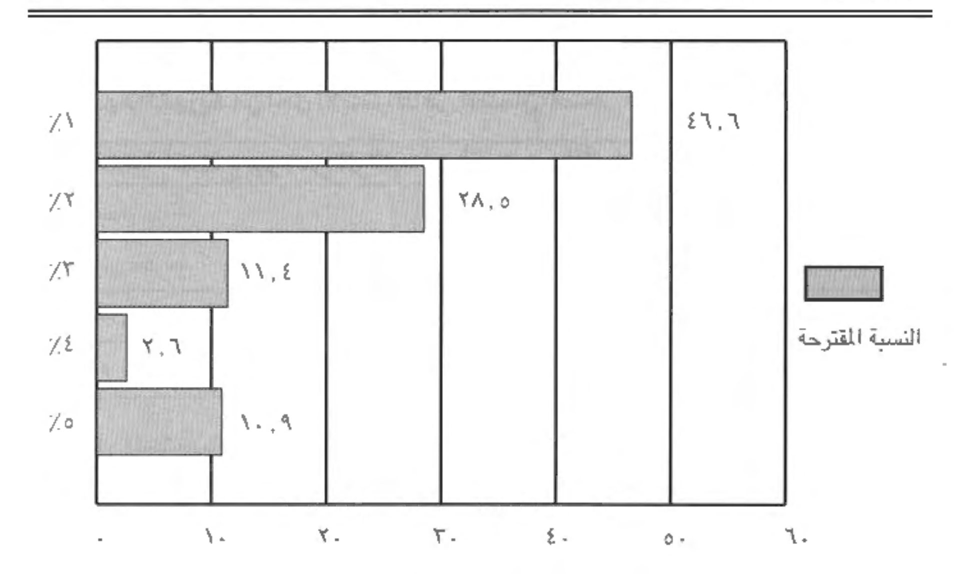
* عدد غير المستجيبين = ٦ .

كما يبين الجدول رقم (٥-٥٢) ، أفاد (٣٢,٢٪) من المستجيبين أنه من الممكن جداً اقتطاع جزء من الراتب الشهرى من أجل الاشتراك فى نظام الضمان الصحى التعاونى ، فى حين أفاد (٤٤,٦٪) منهم أن ذلك ممكن إلى حد ما ، فى حين أفاد (٢٣,٢٪) من المستجيبين أن ذلك غير ممكن بالنسبة لهم .

جدول رقم (٥-٥٣) توزيع غير المشتركين محل الدراسة وفقاً للنسبة المئوية من الراتب التى يقترحون أن تخصم من رواتبهم نظير اشتراكهم فى الضمان الصحى التعاونى، الرياض ١٤٢٢هـ

النسبة المئوية	عدد الأفراد	النسبة المئوية
١ ٪ من الراتب	٩٠	٤٦,٦
٢ ٪ من الراتب	٥٥	٢٨,٥
٣ ٪ من الراتب	٢٢	١١,٤
٤ ٪ من الراتب	٥	٢,٦
٥ ٪ من الراتب	٢١	١٠,٩
المجموع	**١٣٩ ***	**١٠٠,٠**

* عدد غير المستجيبين = ٧٣ .



يوضح الجدول رقم (٥٣-٥) والشكل المصاحب له أن غالبية المستجيبين (٤٦,٦٪) يقترحون خصم ١٪ من الراتب كقسط للاشتراك فى الضمان الصحى التعاونى ، فى حين تراوحت النسب التى يقترحها باقى المستجيبين بين ٢٪ من الراتب (٢٨,٥٪ من المستجيبين) ، و٥٪ من الراتب (١٠,٩٪) من المستجيبين .

جدول رقم (٥٤-٥) توزيع غير المشتركين محل الدراسة وفقاً لآرائهم حول أهمية شمولية الخدمة بالنسبة لهم ، الرياض ١٤٢٢هـ

أهمية شمولية الخدمة	عدد الأفراد	النسبة المئوية
مهم للغاية	١٥٣	٥٧,٣
مهم إلى حد ما	٨٦	٣٢,٢
غير مهم	٢٨	١٠,٥
المجموع	**٢٦٧ ***	**١٠٠**

* عدد غير المستجيبين = ١٥ .

يبين الجدول رقم (٥٤-٥) أن (٥٧,٣٪) من المستجيبين أفادوا أن شمولية الخدمة مهمة للغاية بالنسبة لهم ، فى حين أفاد (٣٢,٢٪) منهم أن شمولية الخدمة مهمة إلى حد ما بالنسبة لهم ، وأفاد (١٠,٥٪) من المستجيبين أن ذلك غير مهم بالنسبة لهم .

جدول رقم (٥٥-٥) توزيع غير المشتركين محل الدراسة وفقاً لآرائهم حول أهمية تكلفة الخدمة بالنسبة لهم ، الرياض ١٤٢٢هـ

أهمية تكلفة الخدمة	عدد الأفراد	النسبة المئوية
مهم للغاية	١٢٩	٤٨,٣
مهم إلى حد ما	١٠٢	٣٨,٢
غير مهم	٣٦	١٣,٥
المجموع	**٢٦٧ ***	**١٠٠**

* عدد غير المستجيبين = ١٥ .

يوضح جدول رقم (٥٥-٥) أن نسبة (٤٨,٣٪) من المستجيبين أفادوا أن تكلفة الخدمة مهمة للغاية بالنسبة لهم ، فى حين أفاد (٣٨,٢٪) منهم أن تكلفة الخدمة مهمة إلى حد ما بالنسبة لهم ، وأفاد (١٣,٥٪) من المستجيبين أن ذلك غير مهم بالنسبة لهم .

جدول رقم (٥٦-٥) توزيع غير المشتركين محل الدراسة وفقاً لآرائهم حول أهمية اختيار الطبيب المعالج بالنسبة لهم ، الرياض ١٤٢٢هـ

أهمية اختيار الطبيب المعالج	عدد الأفراد	النسبة المئوية
مهم للغاية	١٢٣	٤٥,٦
مهم إلى حد ما	٨٠	٢٩,٦
غير مهم	٦٧	٢٤,٨
المجموع	**٢٧٠ ***	**١٠٠**

* عدد غير المستجيبين = ١٢ .

يبين الجدول رقم (٥٦-٥) أن (٤٥,٦٪) من المستجيبين أفادوا أن اختيار الطبيب المعالج مهم للغاية بالنسبة لهم ، في حين أفاد (٢٩,٦٪) منهم أن اختيار الطبيب المعالج مهم إلى حد ما بالنسبة لهم ، وأفاد (٢٤,٨٪) من المستجيبين أن ذلك غير مهم بالنسبة لهم .

جدول رقم (٥٧-٥) توزيع غير المشتركين محل الدراسة وفقاً لآرائهم حول أهمية اختيار المستشفى المعالج بالنسبة لهم ، الرياض ١٤٢٢هـ

أهمية اختيار المستشفى المعالج	عدد الأفراد	النسبة المئوية
مهم للغاية	١٢٠	٤٤,٤
مهم إلى حد ما	٨٨	٣٢,٦
غير مهم	٦٢	٢٣,٠
المجموع	**٢٧٠ ***	**١٠٠**

* عدد غير المستجيبين = ١٢ .

يظهر جدول رقم (٥٧-٥) أن (٤٤,٦٪) من المستجيبين أفادوا أن اختيار المستشفى المعالج مهم للغاية بالنسبة لهم ، في حين أفاد (٣٢,٦٪) منهم أن اختيار المستشفى المعالج مهم إلى حد ما بالنسبة لهم ، وأفاد (٢٣,٠٪) من المستجيبين أن ذلك غير مهم بالنسبة لهم .

جدول رقم (٥٨-٥) توزيع غير المشتركين محل الدراسة وفقاً لآرائهم حول أهمية سهولة الوصول إلى الخدمة بالنسبة لهم ، الرياض ١٤٢٢هـ

أهمية سهولة الوصول إلى الخدمة	عدد الأفراد	النسبة المئوية
مهم للغاية	١٣٨	٥٠,٤
مهم إلى حد ما	٨٠	٢٩,٢
غير مهم	٥٦	٢٠,٤
المجموع	**٢٧٤ ***	**١٠٠**

* عدد غير المستجيبين = ٨ .

يبين الجدول رقم (٥٨-٥) أن (٥٠,٤٪) من المستجيبين أفادوا أن سهولة الوصول إلى الخدمة مهم للغاية بالنسبة لهم ، فى حين أفاد (٢٩,٢٪) منهم أن سهولة الوصول إلى الخدمة مهم إلى حد ما بالنسبة لهم ، وأفاد (٢٠,٤٪) من المستجيبين أن ذلك غير مهم بالنسبة لهم .

جدول رقم (٥٩-٥) توزيع غير المشتركين محل الدراسة وفقاً لآرائهم حول أهمية قصر فترة الانتظار للحصول على الخدمة بالنسبة لهم ، الرياض ١٤٢٢هـ

أهمية قصر فترة الانتظار	عدد الأفراد	النسبة المئوية
مهم للغاية	١٤٧	٥٤,٤
مهم إلى حد ما	٧٨	٢٨,٩
غير مهم	٤٥	١٦,٧
المجموع	**٢٧٠** *	**١٠٠**

* عدد غير المستجيبين = ١٢ .

يوضح جدول رقم (٥٩-٥) أن (٥٤,٤٪) من المستجيبين أفادوا أن قصر فترة الانتظار للحصول على الخدمة مهم للغاية بالنسبة لهم ، فى حين أفاد (٢٨,٩٪) منهم أن قصر فترة الانتظار مهم إلى حد ما بالنسبة لهم ، وأفاد (١٦,٧٪) من المستجيبين أن ذلك غير مهم بالنسبة لهم .

جدول رقم (٦٠-٥) توزيع غير المشتركين محل الدراسة وفقاً لآرائهم حول أهمية سهولة إجراءات الحصول على الخدمة بالنسبة لهم ، الرياض ١٤٢٢هـ

أهمية سهولة إجراءات الحصول على الخدمة	عدد الأفراد	النسبة المئوية
مهم للغاية	١٥٩	٥٨,٧
مهم إلى حد ما	٥٩	٢١,٨
غير مهم	٥٣	١٩,٦
المجموع	**٢٧١***	**١٠٠**

* عدد غير المستجيبين = ١١ .

يبين جدول رقم (٦٠-٥) أن (٥٨,٧٪) من المستجيبين أفادوا أن سهولة إجراءات الحصول على الخدمة مهم للغاية بالنسبة لهم ، في حين أفاد (٢١,٨٪) منهم أن سهولة إجراءات الحصول على الخدمة مهم إلى حد ما بالنسبة لهم ، وأفاد (١٩,٦٪) من المستجيبين أن ذلك غير مهم بالنسبة لهم .

جدول رقم (٦١-٥) توزيع غير المشتركين محل الدراسة وفقاً لآرائهم حول أهمية استجابة مقدمي الخدمة لملاحظاتهم وشكاواهم بالنسبة لهم ، الرياض ١٤٢٢هـ

أهمية استجابة مقدمي الخدمة	عدد الأفراد	النسبة المئوية
مهم للغاية	١٤٣	٥٣,٨
مهم إلى حد ما	٧٤	٢٧,٨
غير مهم	٤٩	١٨,٤
المجموع	**٢٦٦ ***	**١٠٠**

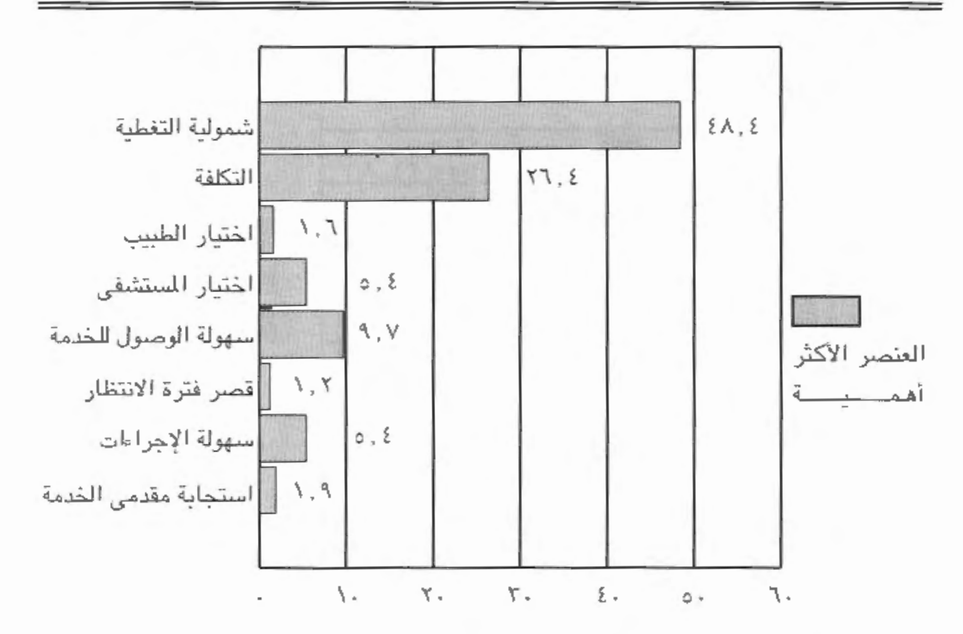
* عدد غير المستجيبين = ١٦ .

يوضح جدول رقم (٦١-٥) أن (٥٣,٨٪) من المستجيبين أفادوا أن استجابة مقدمي الخدمة لملاحظاتهم وشكاواهم مهم للغاية بالنسبة لهم ، في حين أفاد (٢٧,٨٪) منهم أن استجابة مقدمي الخدمة لملاحظاتهم وشكاواهم مهم إلى حد ما بالنسبة لهم ، وأفاد (١٨,٤٪) منهم أن ذلك غير مهم بالنسبة لهم .

جدول رقم (٦٢-٥) توزيع غير المشتركين محل الدراسة وفقاً لآرائهم حول العنصر الأكثر أهمية بالنسبة لهم ، الرياض ١٤٢٢هـ

العنصر الأكثر أهمية بالنسبة لهم	عدد الأفراد	النسبة المئوية
شمولية التغطية	١٢٥	٤٨,٤
تكلفة الخدمة	٦٨	٢٦,٤
حرية اختيار الطبيب	٤	١,٦
حرية اختيار المستشفى	١٤	٥,٤
سهولة الوصول إلى الخدمة	٢٥	٩,٧
قصر فترة الانتظار	٣	١,٢
سهولة إجراءات الحصول على الخدمة	١٤	٥,٤
استجابة مقدمي الخدمة للملاحظات والشكاوى	٥	١,٩
المجموع	**٢٥٨ ***	**١٠٠**

* عدد غير المستجيبين = ٢٤ .

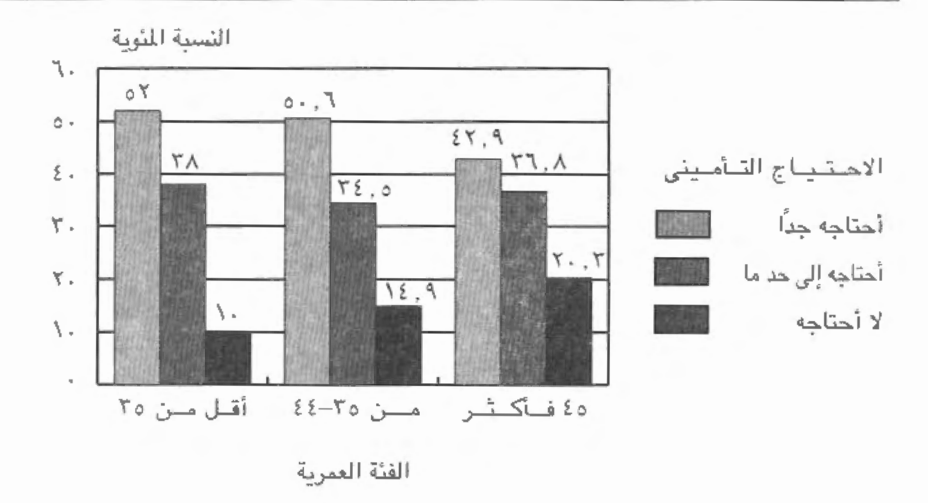


يبين جدول رقم (٦٢-٥) والشكل المصاحب له أن غالبية المستجيبين (٤٨,٤٪) يرون أن شمولية الخدمة تمثل العنصر الأكثر أهمية بالنسبة لهم ، فى مقابل (٢٦,٤٪) يرون أن تكلفة الخدمة هى العنصر الأكثر أهمية بالنسبة لهم ، وتلا ذلك باقى العناصر بنسب أقل كثيراً ، تراوحت بين (٩,٧٪) لسهولة الوصول إلى الخدمة و(١,٢٪) لقصر فترة الانتظار .

جدول رقم (٦٣-٥) توزيع غير المشتركين وفقاً لآرائهم حول مدى احتياجهم للتأمين الصحى وفئات العمر ، الرياض ١٤٢٢هـ

الفئة العمرية	الاحتياج التأمينى						المجموع	
	أحتاجه جداً		أحتاجه إلى حد ما		لا أحتاجه			
	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪
أقل من ٣٥	٢٦	٥٢,٠	١٩	٣٨,٠	٥	١٠,٠	٥٠	١٠٠
من ٣٥ - ٤٤	٤٤	٥٠,٦	٣٠	٣٤,٥	١٣	١٤,٩	٨٧	١٠٠
٤٥ سنة فأكثر	٥٧	٤٢,٩	٤٩	٣٦,٨	٢٧	٢٠,٣	١٣٣	١٠٠
المجموع	**١٢٧**	**٤٧,٠**	**٩٨**	**٣٦,٣**	**٤٥**	**١٦,٧**	**٢٧٠**	**١٠٠**

اختبار مربع كاى : ٣,٦٥٩ مستوى الدلالة الإحصائية : ٠,٤٥٤

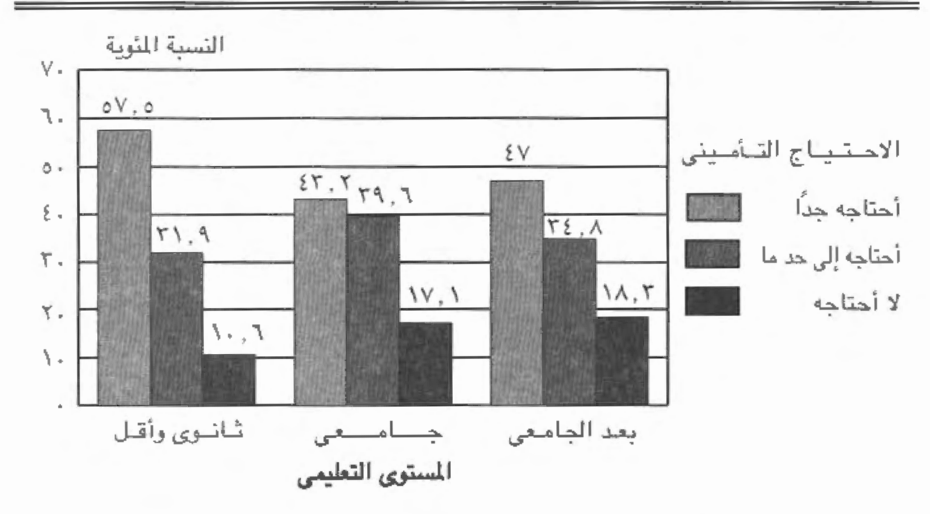


يتضح من الجدول رقم (٦٣-٥) والشكل المرافق له ارتفاع نسب غير المشتركين ذوي الاحتياج للتأمين الصحي من الفئات العمرية المختلفة ، وقد تراوحت هذه النسب بين (٩٠,٠٪) للفئة العمرية دون ٣٥ سنة ، و(٧٩,٧٪) للفئة العمرية ٤٥ سنة فأكثر ، وعلى المستوى الكلي بلغت نسبة الذين أفادوا بعدم حاجتهم للتأمين الصحي (١٦,٧٪) من مجموع المستجيبين محل الدراسة . ويشير اختبار مربع كاي إلى عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الاحتياج التأميني والفئات العمرية .

جدول رقم (٦٤-٥) توزيع غير المشتركين وفقاً لآرائهم حول مدى احتياجهم للتأمين الصحي والمستوى التعليمي ، الرياض ١٤٢٢هـ

المستوى التعليمي	الاحتياج التأميني						المجموع	
	أحتاجه جداً		أحتاجه إلى حد ما		لا أحتاجه			
	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪
ثانوي وأدنى	٢٧	٥٧,٥	١٥	٣١,٩	٥	١٠,٦	٤٧	١٠٠
جامعي	٤٨	٤٣,٢	٤٤	٣٩,٦	١٩	١٧,١	١١١	١٠٠
دراسات عليا	٥٤	٤٧,٠	٤٠	٣٤,٨	٢١	١٨,٣	١١٥	١٠٠
المجموع	**١٢٩**	**٤٧,٣**	**٩٩**	**٣٦,٦**	**٤٥**	**١٦,٥**	**٢٧٣**	**١٠٠**

اختبار مربع كاي : ٣,٢٩٩   مستوى الدلالة الإحصائية : ٠,٥٠٩

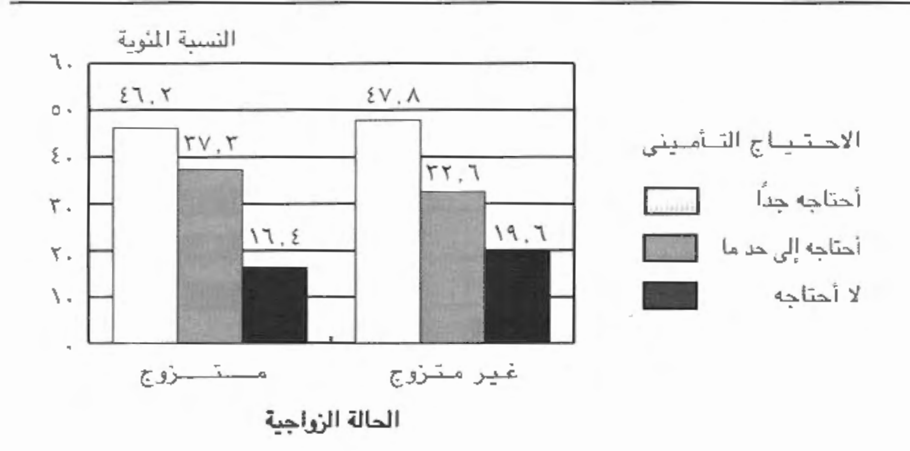


يتضح من الجدول رقم (٦٤-٥) والشكل المرافق له ارتفاع نسب غير المشتركين ذوي الاحتياج للتأمين الصحي من الفئات التعليمية المختلفة ، وتناقص هذه النسب بزيادة المستوى التعليمي ؛ مما يمكن تعليله بارتباط زيادة المستوى التعليمي بارتفاع الدخل ، وبالتالي ارتفاع القدرة على الحصول على الخدمات الطبية الخاصة خارج نطاق النظام التأميني ، وقد تراوحت هذه النسب بين (٨٩,٤٪) للفئة التعليمية دون الجامعية ، و(٨١,٨٪) للفئة التعليمية فوق الجامعية ، وعلى المستوى الكلي بلغت نسبة الذين أفادوا بعدم حاجتهم للتأمين الصحي (١٦,٥٪) من مجموع المستجيبين محل الدراسة . ويشير اختبار مربع كاي إلى عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الاحتياج التأميني والمستوى التعليمي .

جدول رقم (٦٥-٥) توزيع غير المشتركين وفقاً لآرائهم حول مدى احتياجهم للتأمين الصحي والحالة الزواجية ، الرياض ١٤٢٢هـ

الحالة الزواجية	الاحتياج التأميني						المجموع	
	أحتاجه جداً		أحتاجه إلى حد ما		لا أحتاجه			
	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪
متزوج	١٠٤	٤٦,٢	٨٤	٣٧,٣	٣٧	١٦,٤	٢٢٥	١٠٠
غير متزوج	٢٢	٤٧,٨	١٥	٣٢,٦	٩	١٩,٦	٤٦	١٠٠
المجموع	**١٢٦**	**٤٦,٥**	**٩٩**	**٣٦,٥**	**٤٦**	**١٧,٠**	**٢٧١**	**١٠٠**

اختبار مربع كاي : ٠,٤٧٤ مستوى الدلالة الإحصائية : ٠,٧٨٩

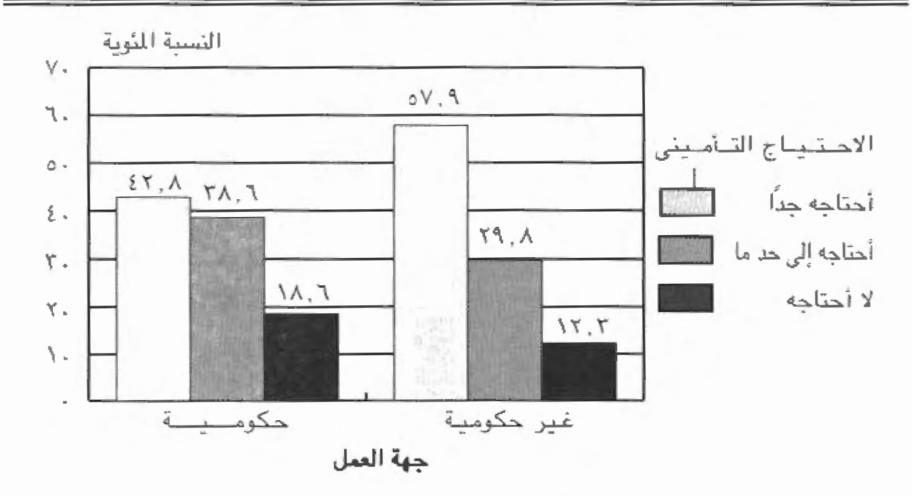


كما يوضح الجدول رقم (٦٥-٥) والشكل المصاحب له ، تقارب نسب المشتركين محل الدراسة ذوى الاحتياج للتأمين الصحى من المتزوجين وغير المتزوجين حالياً (وتشتمل هذه الفئة على الأعزب والمطلق والأرمل) مع ارتفاع هذه النسب لدى الفئتين (٨٣,٥٪ و٨٠,٤٪ للمتزوجين وغير المتزوجين على التوالى) ، وعلى المستوى الكلى بلغت نسبة الذين أفادوا بعدم حاجتهم للتأمين الصحى (١٧,٠٪) من مجموع المستجيبين محل الدراسة ، ويشير اختبار مربع كاى إلى عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الاحتياج التأمينى والحالة الزواجية .

جدول رقم (٦٦-٥) توزيع غير المشتركين وفقاً لآرائهم حول مدى احتياجهم للتأمين الصحى وجهة العمل ، الرياض ١٤٢٢هـ

جهة العمل	الاحتياج التأميني						المجموع	
	أحتاجه جداً		أحتاجه إلى حد ما		لا أحتاجه			
	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪
حكومي	٩٢	٤٢,٨	٨٣	٣٨,٦	٤٠	١٨,٦	٢١٥	١٠٠
غير حكومي	٣٣	٥٧,٩	١٧	٢٩,٨	٧	١٢,٣	٧٥	١٠٠
المجموع	**١٢٥**	**٤٥,٩**	**١٠٠**	**٣٦,٨**	**٤٧**	**١٧,٣**	**٢٧٢**	**١٠٠**

اختبار مربع كاى : ٤,٢٢٤ مستوى الدلالة الإحصائية : ٠,١٢١

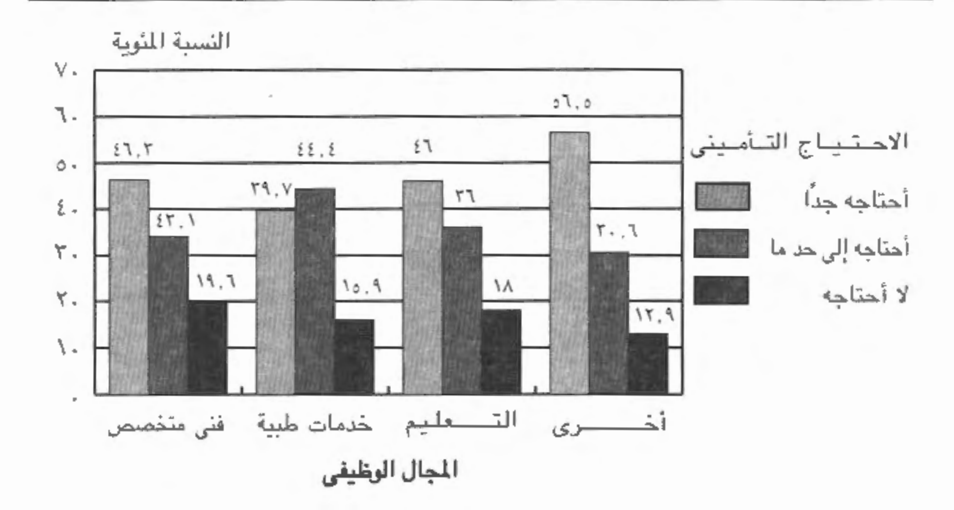


كما يبين الجدول رقم (٦٦-٥) والشكل المرافق له ، بلغت نسبة ذوى الاحتياج للتأمين الصحى من العاملين بجهة حكومية (٨١,٤٪) مقابل (٨٧,٧٪) للعاملين بجهة غير حكومية ، وعلى المستوى الكلى بلغت نسبة الذين أفادوا بعدم حاجتهم للتأمين الصحى (١٧,٣٪) من مجموع المستجيبين محل الدراسة ، ويشير اختبار مربع كاى إلى عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين جهة عمل المشتركين محل الدراسة والحاجة للتأمين الصحى .

جدول رقم (٦٧-٥) توزيع غير المشتركين وفقاً لآرائهم حول مدى احتياجهم للتأمين الصحى ومجال الوظيفة . الرياض ١٤٢٢هـ

مجال الوظيفة	الاحتياج التأمينى						المجموع	
	أحتاجه جداً		أحتاجه إلى حد ما		لا أحتاجه			
	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪
فنى متخصص	١٩	٤٦,٣	١٤	٣٤,١	٨	١٩,٦	٤١	١٠٠
الخدمات الطبية	٢٥	٣٩,٧	٢٨	٤٤,٤	١٠	١٥,٩	٦٣	١٠٠
التعليم	٤٦	٤٦,٠	٣٦	٣٦,٠	١٨	١٨,٠	١٠٠	١٠٠
أخرى	٣٥	٥٦,٥	١٩	٣٠,٦	٨	١٢,٩	٦٢	١٠٠
المجموع	**١٢٥**	**٤٧,٠**	**٩٧**	**٣٦,٥**	**٤٤**	**١٦,٥**	**٢٦٦**	**١٠٠**

اختبار مربع كاى : ٤,٥٢٤ مستوى الدلالة الإحصائية : ٠,٦٠٦

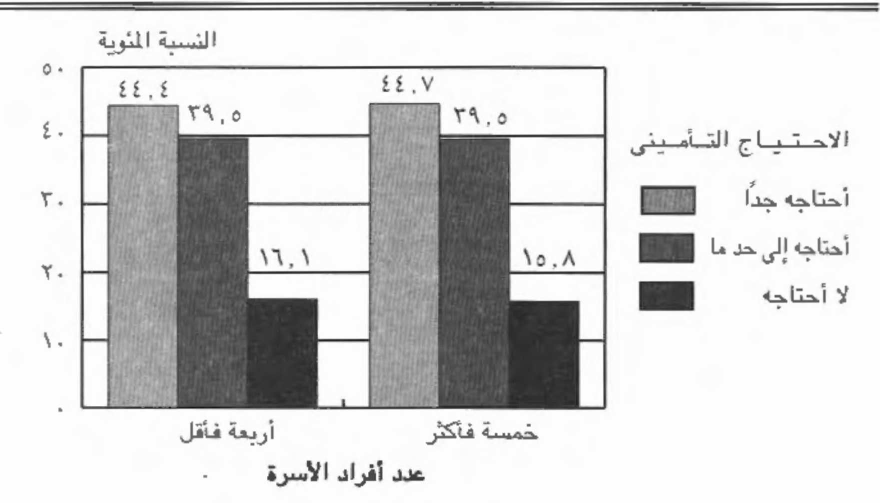


يتبين من الجدول رقم (٦٧-٥) والشكل المرافق له ارتفاع مستوى الاحتياج التأميني لغير المشتركين محل الدراسة في جميع مجالات العمل ؛ إذ تراوحت نسب هذا الاحتياج بين (٨٩,٤٪) للعاملين في المجال الفني المتخصص و(٨٢,٠٪) للعاملين في مجال التعليم ، وعلى المستوى الكلي بلغت نسبة الذين أفادوا بعدم حاجتهم للتأمين الصحي (١٦,٥٪) من مجموع المستجيبين محل الدراسة . ويشير اختبار مربع كاي إلى عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى الاحتياج التأميني ومجال الوظيفة .

جدول رقم (٦٨-٥) توزيع غير المشتركين وفقًا لآرائهم حول مدى احتياجهم للتأمين الصحي وعدد أفراد الأسرة المقيمين معهم ، الرياض ١٤٢٢هـ

عدد أفراد الأسرة	الاحتياج التأميني						المجموع	
	أحتاجه جداً		أحتاجه إلى حد ما		لا أحتاجه			
	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪
أربعة فأقل	٥٥	٤٤,٤	٤٩	٣٩,٥	٢٠	١٦,١	١٢٤	١٠٠
خمسة فأكثر	١٧	٤٤,٧	١٥	٣٩,٥	٦	١٥,٨	٣٨	١٠٠
المجموع	**٧٢**	**٤٤,٤**	**٦٤**	**٣٩,٥**	**٢٦**	**١٦,١**	**١٦٢**	**١٠٠**

اختبار مربع كاي : ٠,٠٠٣ مستوى الدلالة الإحصائية : ٠,٩٩٨

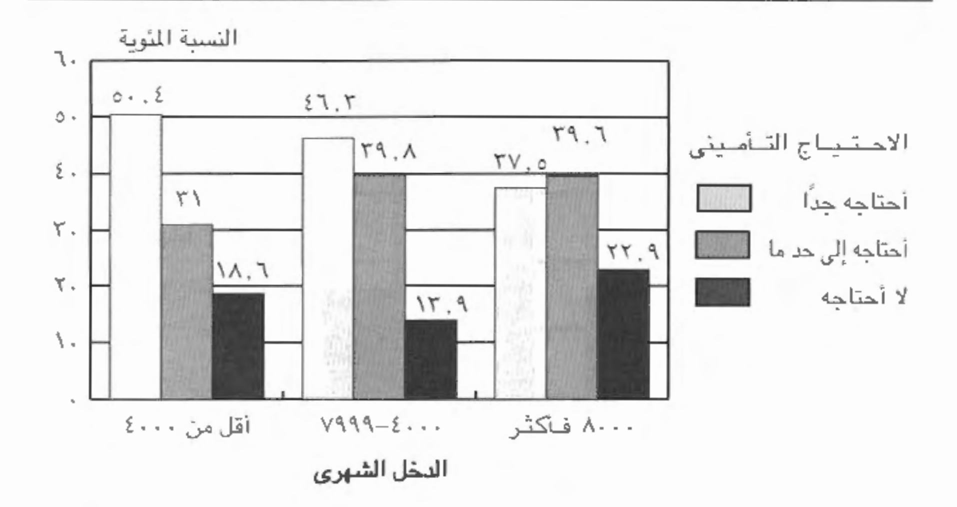


يبين الجدول رقم (٦٨-٥) والشكل المصاحب له ارتفاع نسب الاحتياج التأمينى لغير المشتركين ، سواء من الذين يبلغ عدد أفراد الأسرة المقيمين معهم حاليًا أربعة فأقل ، أو الذين يبلغ عدد أفراد الأسرة المقيمين معهم حاليًا خمسة فأكثر (٨٣,٩٪ ، ٨٤,٢٪ على التوالى) ، وعلى المستوى الكلى بلغت نسبة الذين أفادوا بعدم حاجتهم للتأمين الصحى (١٦,١٪) من مجموع المستجيبين محل الدراسة ، ويشير اختبار مربع كاى إلى عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى الاحتياج التأمينى للمبحوثين وعدد أفراد الأسرة المقيمين معهم .

جدول رقم (٦٩-٥) توزيع غير المشتركين وفقًا لآرائهم حول مدى احتياجهم للتأمين الصحى والدخل الشهرى ، الرياض ١٤٢٢هـ

الدخل الشهرى	الاحتياج التأمينى						المجموع	
	أحتاجه جداً		أحتاجه إلى حد ما		لا أحتاجه			
	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪
أقل من ٤٠٠٠ ريال	٥٧	٥٠,٤	٣٥	٣١,٠	٢١	١٨,٦	١١٣	١٠٠
من ٤٠٠٠ - ٧٩٩٩ ريال	٥٠	٤٦,٣	٤٣	٣٩,٨	١٥	١٣,٩	١٠٨	١٠٠
٨٠٠٠ ريال وأكثر	١٨	٣٧,٥	١٩	٣٩,٦	١١	٢٢,٩	٤٨	١٠٠
المجموع	**١٢٥**	**٤٦,٥**	**٩٧**	**٣٦,١**	**٤٧**	**١٧,٤**	**٢٦٩**	**١٠٠**

اختبار مربع كاى : ٤,٣٠٢ — مستوى الدلالة الإحصائية : ٠,٣٦٧

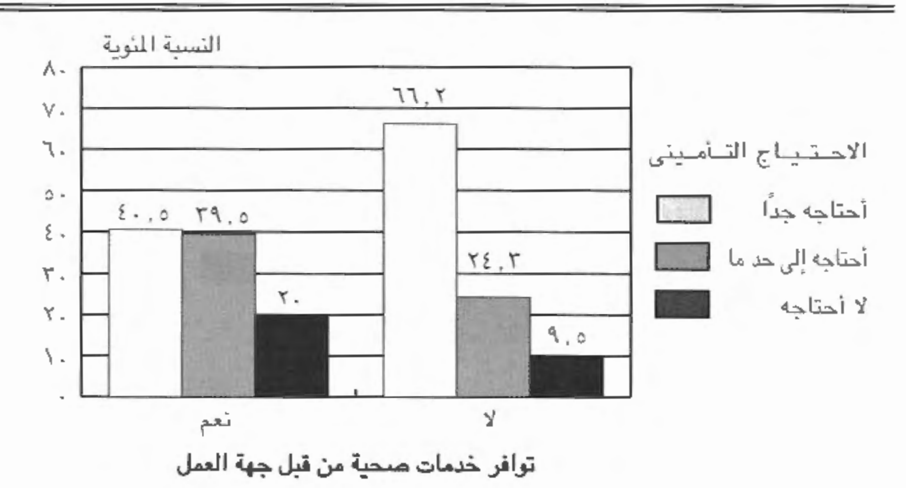


يوضح الجدول رقم (٦٩-٥) والشكل المصاحب له ارتفاع نسب الاحتياج التأمينى لغير المشتركين محل الدراسة من جميع فئات الدخل الشهرى : إذ تراوحت هذه النسب بين (٨٦.١٪) لفئة الدخل من ٤٠٠٠-٧٩٩٩ ريالاً شهرياً و(٧٧.١٪) لفئة الدخل ٨٠٠٠ ريال فأكثر ، وعلى المستوى الكلى بلغت نسبة الذين أفادوا بعدم حاجتهم للتأمين الصحى (١٧.٤٪) من مجموع المستجيبين محل الدراسة ، ويشير اختبار مربع كاى إلى عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى الاحتياج التأمينى للمبحوثين ودخلهم الشهرى .

جدول رقم (٧٠-٥) توزيع غير المشتركين وفقاً لآرائهم حول مدى احتياجهم للتأمين الصحى وتوافر خدمات صحية من قبل جهة العمل ، الرياض ١٤٢٢هـ

توافر خدمات صحية من قبل جهة العمل	الاحتياج التأمينى						المجموع	
	أحتاجه جداً		أحتاجه إلى حد ما		لا أحتاجه			
	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪
نعم	٧٩	٤٠.٥	٧٧	٣٩.٥	٣٩	٢٠.٠	١٩٥	١٠٠
لا	٤٩	٦٦.٢	١٨	٢٤.٣	٧	٩.٥	٧٤	١٠٠
المجموع	١٢٨	٤٧,٦	٩٥	٣٥,٣	٤٦	١٧,١	٢٦٩	١٠٠

اختبار مربع كاى : ١٤.٤٢٥ — مستوى الدلالة الإحصائية : ٠.٠٠١



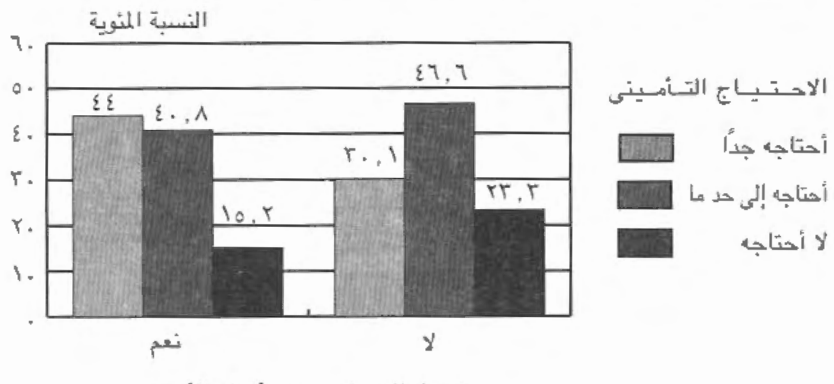
توافر خدمات صحية من قبل جهة العمل

كما يوضح الجدول رقم (٧٠-٥) والشكل المرافق له ، بلغت نسبة ذوى الاحتياج للتأمين الصحى من الذين توفر لهم جهة عملهم الحصول على الخدمات الصحية (٨٠,٠٪) مقابل (٩٠,٥٪) من الذين لا توفر لهم جهة عملهم الحصول على هذه الخدمات ، وبلغت نسب من أفادوا بعدم حاجتهم للتأمين الصحى من الفئتين (٢٠,٠٪) مقابل (٩,٥٪) على التوالى ، فى حين بلغت هذه النسبة (١٧,١٪) من مجموع المستجيبين محل الدراسة على المستوى الكلى ، ويشير اختبار مربع كاى إلى وجود علاقة جوهرية بين درجة الاحتياج للتأمين الصحى ووجود خدمات صحية توفرها جهة العمل .

جدول رقم (٧١-٥) توزيع غير المشتركين وفقاً لآرائهم حول مدى احتياجهم للتأمين الصحى وأفراد الأسرة الذين تشملهم الخدمات الصحية التى توفرها جهة العمل ، الرياض ١٤٢٢هـ

شمول الخدمات جميع أفراد الأسرة	الاحتياج التأميني						المجموع	
	أحتاجه جداً		أحتاجه إلى حد ما		لا أحتاجه			
	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪
نعم	٥٥	٤٤,٠	٥١	٤٠,٨	١٩	١٥,٢	١٢٥	١٠٠
لا	٢٢	٣٠,١	٣٤	٤٦,٦	١٧	٢٣,٣	٧٣	١٠٠
المجموع	٧٤	٣٩,٨	٧٨	٤١,٩	٣٤	١٨,٣	١٩٨	١٠٠

اختبار مربع كاى : ٤,٢٩٤ مستوى الدلالة الإحصائية : ٠,١١٧



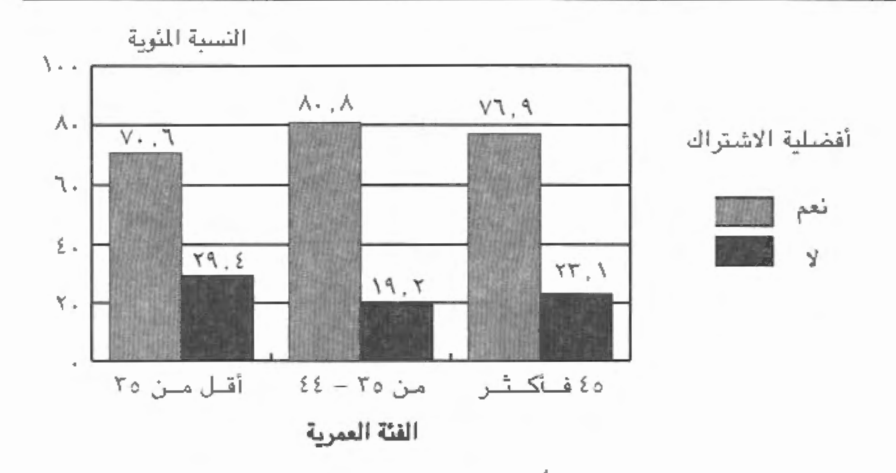
شمول الخدمات جميع أفراد الأسرة

يبين الجدول رقم (٧١-٥) والشكل المرافق له أن نسبة ذوى الاحتياج للتأمين الصحى من الذين تغطى الخدمات الصحية التى توفرها جهة عملهم جميع أفراد الأسرة بلغت (٨٤,٨٪) مقابل (٧٦,٧٪) من الذين أفادوا بعدم وجود مثل هذه التغطية ، وعلى المستوى الكلى بلغت نسبة الذين أفادوا بعدم حاجتهم للتأمين الصحى (١٨,٣٪) من مجموع المستجيبين محل الدراسة ، ويشير اختبار مربع كاى إلى عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى الاحتياج التأمينى للمبحوثين وعدد الأفراد الذين تشملهم الخدمات الصحية التى توفرها جهة عملهم .

جدول رقم (٧٢-٥) توزيع غير المشتركين وفقاً لآرائهم حول ما إذا كان الاشتراك فى نظام الضمان الصحى أفضل بالنسبة لهم وفئات العمر ، الرياض ١٤٢٢هـ

الفئة العمرية	هل الاشتراك فى نظام الضمان الصحى أفضل				المجموع	
	نعم		لا			
	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪
أقل من ٣٥	٣٦	٧٠,٦	١٥	٢٩,٤	٥١	١٠٠
من ٣٥ - ٤٤	٦٣	٨٠,٨	١٥	١٩,٢	٧٨	١٠٠
٤٥ سنة فأكثر	٩٣	٧٦,٩	٢٨	٢٣,١	١٢١	١٠٠
المجموع	**١٩٢**	**٧٦,٨**	**٥٨**	**٢٣,٢**	**٢٥٠**	**١٠٠**

اختبار مربع كاى : ١,٧٩٤ مستوى الدلالة الإحصائية : ٠,٤٠٨

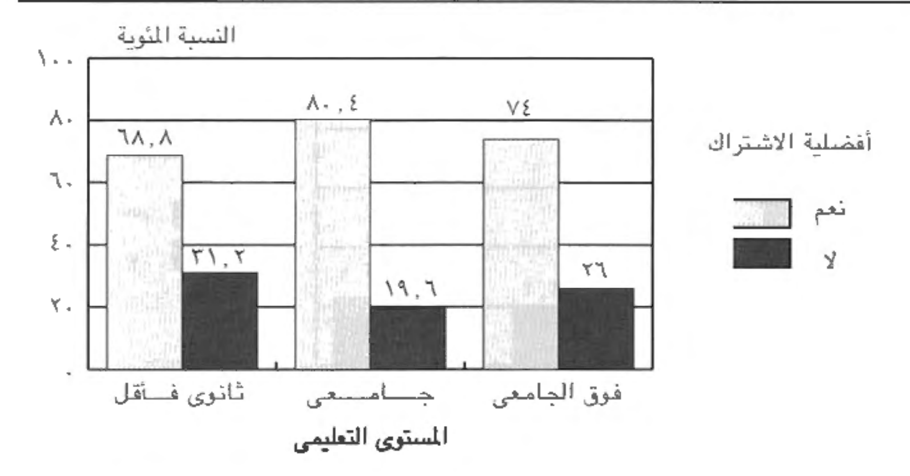


يتضح من الجدول رقم (٧٢–٥) والشكل المرافق له ارتفاع نسب غير المشتركين الذين أفادوا بأن الاشتراك فى نظام الضمان الصحى التعاونى أفضل بالنسبة لهم ، مقارنة بالوضع الراهن وذلك فى جميع الفئات العمرية ، وقد تراوحت هذه النسب بين (٧٠,٦٪) للفئة العمرية دون ٣٥ سنة و(٨٠,٨٪) للفئة العمرية ٣٥–٤٤ سنة ، وعلى المستوى الكلى بلغت نسبة الذين أفادوا بأن الاشتراك فى نظام الضمان الصحى التعاونى لا يعتبر أفضل بالنسبة لهم (٢٣,٢٪) من مجموع المستجيبين محل الدراسة . ويشير اختبار مربع كاى إلى عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين تفضيل الاشتراك فى نظام الضمان الصحى التعاونى والفئات العمرية .

جدول رقم (٧٣–٥) توزيع غير المشتركين وفقاً لآرائهم حول ما إذا كان الاشتراك فى نظام الضمان الصحى أفضل بالنسبة لهم والمستوى التعليمى ، الرياض ١٤٢٢هـ

المستوى التعليمى	هل الاشتراك فى نظام الضمان الصحى أفضل				المجموع	
	نعم		لا			
	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪
ثانوى فأقل	٣٣	٦٨,٨	١٥	٣١,٢	٤٨	١٠٠
جامعى	٨٢	٨٠,٤	٢٠	١٩,٦	١٠٢	١٠٠
دراسات عليا	٧٧	٧٤,٠	٢٧	٢٦,٠	١٠٤	١٠٠
المجموع	**١٩٢**	**٧٥,٦**	**٦٢**	**٢٤,٤**	**٢٥٤**	**١٠٠**

اختبار مربع كاى : ٢,٦٢٨		مستوى الدلالة الإحصائية : ٠,٢٦٩

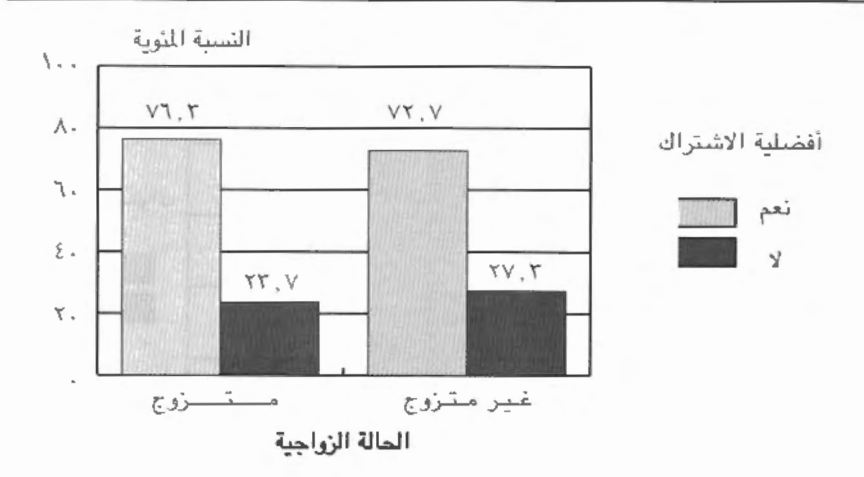


يتبين من الجدول رقم (٧٣-٥) والشكل المرافق له ارتفاع نسب غير المشتركين الذين أفادوا بأن الاشتراك فى نظام الضمان الصحى التعاونى أفضل بالنسبة لهم ؛ مقارنة بالوضع الراهن وذلك فى جميع فئات المستوى التعليمى ، حيث تراوحت هذه النسب بين (٦٨,٨٪) لفئة التعليم دون الجامعي و(٨٠,٤٪) لفئة التعليم الجامعى ، وعلى المستوى الكلى بلغت نسبة الذين أفادوا بأن الاشتراك فى نظام الضمان الصحى التعاونى لا يعتبر أفضل بالنسبة لهم (٢٤,٤٪) من مجموع المستجيبين محل الدراسة . ويشير اختبار مربع كاى إلى عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين تفضيل الاشتراك فى نظام الضمان الصحى التعاونى والمستوى التعليمى .

جدول رقم (٧٤-٥) توزيع غير المشتركين وفقاً لآرائهم حول ما إذا كان الاشتراك فى نظام الضمان الصحى أفضل بالنسبة لهم والحالة الزواجية ، الرياض ١٤٢٢هـ

الحالة الزواجية	هل الاشتراك فى نظام الضمان الصحى أفضل				المجموع	
	نعم		لا			
	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪
متزوج	١٥٨	٧٦,٣	٤٩	٢٣,٧	٢٠٧	١٠٠
غير متزوج	٣٢	٧٢,٧	١٢	٢٧,٣	٤٤	١٠٠
المجموع	**١٩٠**	**٧٥,٧**	**٦١**	**٢٤,٣**	**٢٥١**	**١٠٠**

اختبار مربع كاى : ٠,٢٥٦ مستوى الدلالة الإحصائية : ٠,٦١٣

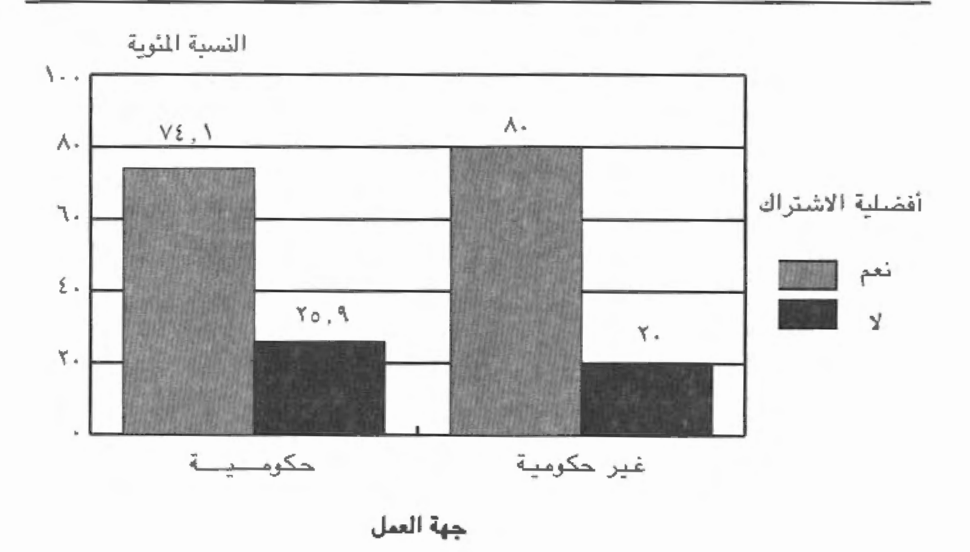


يتضح من الجدول رقم (٧٤-٥) والشكل المرافق له ارتفاع نسبة غير المشتركين الذين أفادوا بأن الاشتراك فى نظام الضمان الصحى التعاونى أفضل بالنسبة لهم ، مقارنة بالوضع الراهن ، سواء من المتزوجين أو غير المتزوجين حالياً (وتشتمل هذه الفئة على الأعزب والمطلق والأرمل) : حيث بلغت هذه النسبة (٧٦.٣٪) و(٧٢.٧٪) للفئتين على التوالى ، وعلى المستوى الكلى بلغت نسبة الذين أفادوا بأن الاشتراك فى نظام الضمان الصحى التعاونى لا يعتبر أفضل بالنسبة لهم (٢٤.٣٪) من مجموع المستجيبين محل الدراسة . ويشير اختبار مربع كاى إلى عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين تفضيل الاشتراك فى نظام الضمان الصحى التعاونى والحالة الزواجية .

جدول رقم (٧٥-٥) توزيع غير المشتركين وفقاً لآرائهم حول ما إذا كان الاشتراك فى نظام الضمان الصحى أفضل بالنسبة لهم وجهة العمل ، الرياض ١٤٢٢هـ

جهة العمل	هل الاشتراك فى نظام الضمان الصحى أفضل				المجموع	
	نعم		لا			
	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪
حكومى	١٤٦	٧٤.١	٥١	٢٥.٩	١٩٧	١٠٠
غير حكومى	٤٤	٨٠.٠	١١	٢٠.٠	٥٥	١٠٠
المجموع	**١٩٠**	**٧٥.٤**	**٦٢**	**٢٤.٦**	**٢٥٢**	**١٠٠**

اختبار مربع كاى : ٠.٨٠٤   مستوى الدلالة الإحصائية : ٠.٣٧٠

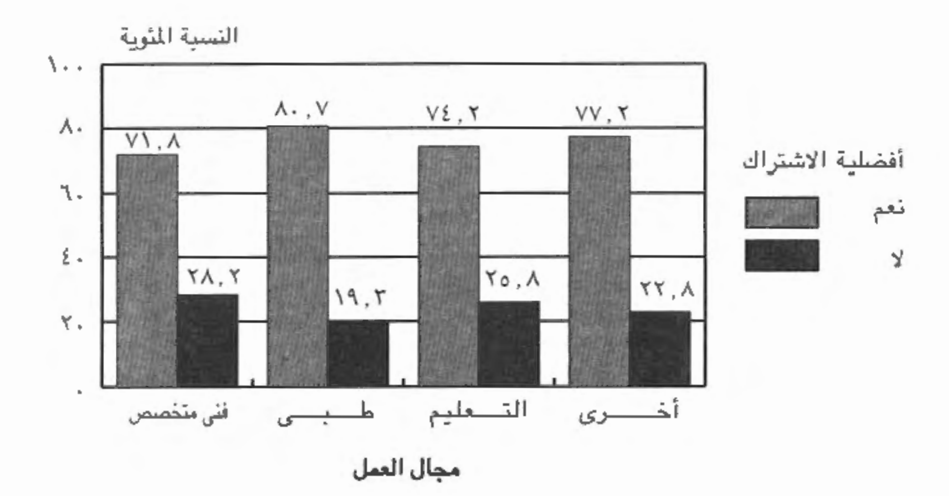


يتضح من الجدول رقم (٧٥-٥) والشكل المرافق له ارتفاع نسبة غير المشتركين الذين أفادوا بأن الاشتراك فى نظام الضمان الصحى التعاونى أفضل بالنسبة لهم ، مقارنة بالوضع الراهن ، سواء من العاملين بالجهات الحكومية أو غير الحكومية ؛ حيث بلغت هذه النسبة (٧٤,١٪) للعاملين بالجهات الحكومية ، و(٨٠,٠٪) للعاملين بالجهات غير الحكومية ، وعلى المستوى الكلى بلغت نسبة الذين أفادوا بأن الاشتراك فى نظام الضمان الصحى التعاونى لا يعتبر أفضل بالنسبة لهم (٢٤,٦٪) من مجموع المستجيبين محل الدراسة . ويشير اختبار مربع كاى إلى عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين تفضيل الاشتراك فى نظام الضمان الصحى التعاونى وجهة العمل .

جدول رقم (٧٦-٥) توزيع غير المشتركين وفقاً لآرائهم حول ما إذا كان الاشتراك فى نظام الضمان الصحى أفضل بالنسبة لهم ومجال العمل، الرياض ١٤٢٢هـ

مجال العمل	هل الاشتراك في نظام الضمان الصحي أفضل				المجموع	
	نعم		لا			
	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪
فني متخصص	٢٨	٧١,٨	١١	٢٨,٢	٣٩	١٠٠
الخدمات الطبية	٤٦	٨٠,٧	١١	١٩,٣	٥٧	١٠٠
التعليم	٦٩	٧٤,٢	٢٤	٢٥,٨	٩٣	١٠٠
أخرى	٤٤	٧٧,٢	١٣	٢٢,٨	٥٧	١٠٠
المجموع	**١٨٧**	**٧٦,٠**	**٥٩**	**٢٤,٠**	**٢٤٦**	**١٠٠**

اختبار مربع كاى : ١,٢٨٠ مستوى الدلالة الإحصائية : ٠,٧٣٤



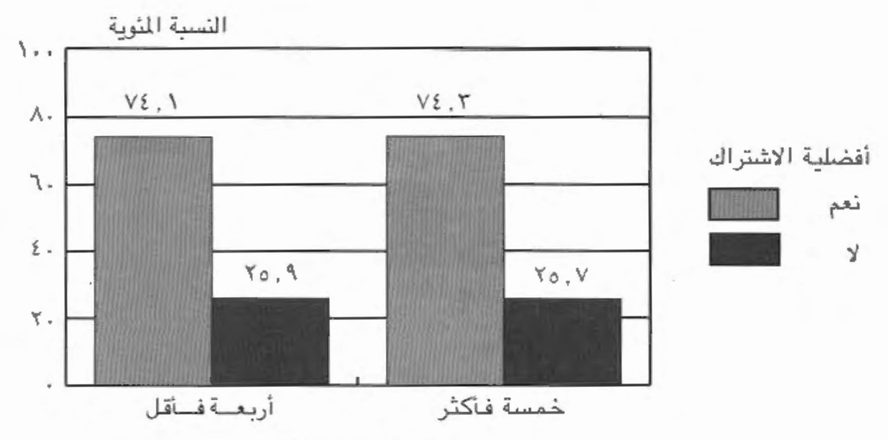
يظهر الجدول رقم (٧٦-٥) والشكل المرافق له ارتفاع نسبة غير المشتركين العاملين فى جميع المجالات ، والذين أفادوا بأن الاشتراك فى نظام الضمان الصحى التعاونى أفضل بالنسبة لهم ، مقارنة بالوضع الراهن ، حيث تراوحت هذه النسبة بين (٧١,٨٪) للعاملين بالمجال الفنى المتخصص ، و(٨٠,٧٪) للعاملين بمجال الخدمات الطبية ، وعلى المستوى الكلى بلغت نسبة الذين أفادوا بأن الاشتراك فى نظام الضمان

الصحى التعاونى لا يعتبر أفضل بالنسبة لهم (٢٤,٠٪) من مجموع المستجيبين محل الدراسة . ويشير اختبار مربع كاى إلى عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين تفضيل الاشتراك فى نظام الضمان الصحى التعاونى ومجال العمل .

جدول رقم (٥-٧٧) توزيع غير المشتركين وفقاً لآرائهم حول ما إذا كان الاشتراك فى نظام الضمان الصحى أفضل بالنسبة لهم ، وعدد أفراد الأسرة المقيمين معهم حالياً ، الرياض ١٤٢٢هـ

عدد أفراد الأسرة المقيمين	هل الاشتراك فى نظام الضمان الصحى أفضل				المجموع	
	نعم		لا			
	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪
أربعة فاقل	٨٦	٧٤,١	٣٠	٢٥,٩	١١٦	١٠٠
خمسة فاكثر	٢٦	٤٧,٣	٩	٢٥,٧	٣٥	١٠٠
المجموع	**١١٢**	**٧٤,٢**	**٣٩**	**٢٥,٨**	**١٥**	**١٠٠**

اختبار مربع كاى : ٠,٠٠٠	مستوى الدلالة الإحصائية : ٠,٩٨٦



عدد أفراد الأسرة المقيمين

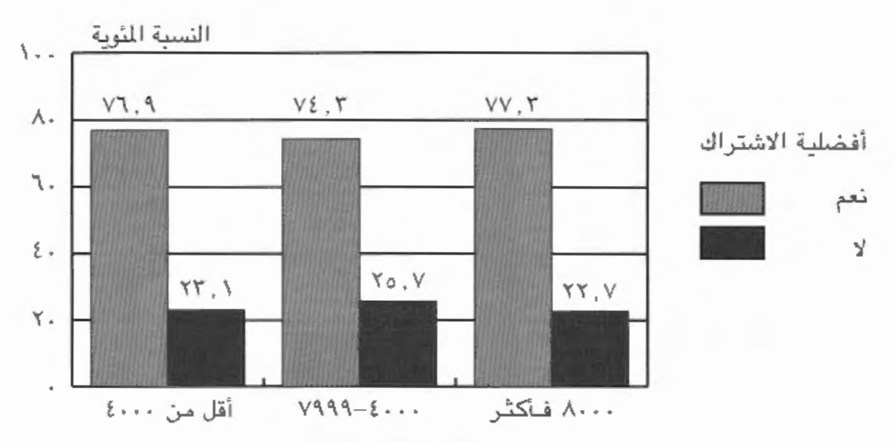
يبين الجدول رقم (٧٧-٥) والشكل المرافق له ارتفاع وتقارب نسب غير المشتركين ، الذين أفادوا بأن الاشتراك فى نظام الضمان الصحى التعاونى أفضل بالنسبة لهم مقارنة بالوضع الراهن ، وذلك للذين يقيم معهم حالياً أربعة أفراد فأقل من أفراد

أسرهم ، أو الذين يقيم معهم خمسة أفراد فأكثر ، حيث بلغت هذه النسب (٧٤,١٪) و(٧٤,٣٪) للفئتين المذكورتين على التوالى ، وعلى المستوى الكلى بلغت نسبة الذين أفادوا بأن الاشتراك فى نظام الضمان الصحى التعاونى لا يعتبر أفضل بالنسبة لهم (٢٥,٨٪) من مجموع المستجيبين محل الدراسة . ويشير اختبار مربع كاى إلى عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين تفضيل الاشتراك فى نظام الضمان الصحى التعاونى ، وعدد أفراد الأسرة المقيمين حاليًا مع المبحوثين .

جدول رقم (٧٨-٥) توزيع غير المشتركين وفقًا لآرائهم حول ما إذا كان الاشتراك فى نظام الضمان الصحى أفضل بالنسبة لهم ، والدخل الشهرى ، الرياض ١٤٢٢هـ

الدخل الشهرى (ريال)	هل الاشتراك فى نظام الضمان الصحى أفضل				المجموع	
	نعم		لا			
	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪
أقل من ٤٠٠٠	٨٠	٧٦,٩	٢٤	٢٣,١	١٠٤	١٠٠
من ٤٠٠٠ – ٧٩٩٩	٧٥	٧٤,٣	٢٦	٢٥,٧	١٠١	١٠٠
٨٠٠٠ فأكثر	٣٤	٧٧,٣	١٠	٢٢,٧	٤٤	١٠٠
المجموع	**١٨٩**	**٧٥,٩**	**٦٠**	**٢٤,١**	**٢٤٩**	**١٠٠**

اختبار مربع كاى : ٠,٢٥٤ مستوى الدلالة الإحصائية : ٠,٨٨١



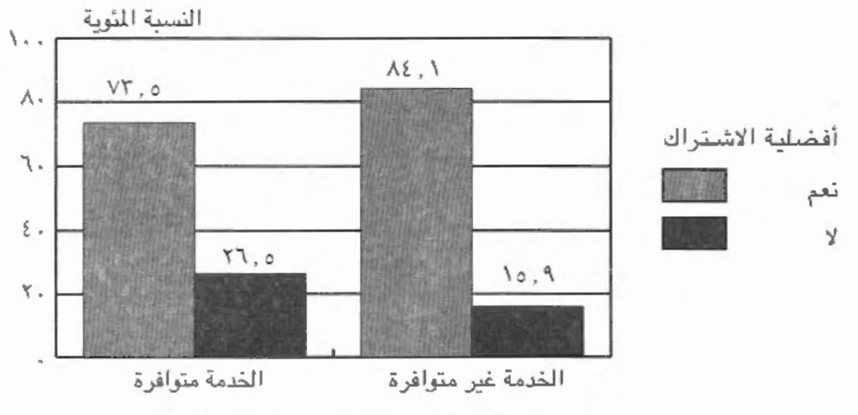
الدخل الشهرى بالريال

يوضح الجدول رقم (٧٨-٥) والشكل المصاحب له ارتفاع نسب غير المشتركين من فئات الدخل المختلفة الذين أفادوا بأن الاشتراك فى نظام الضمان الصحى التعاونى أفضل بالنسبة لهم مقارنة بالوضع الراهن ، وقد تراوحت هذه النسب بين (٧٤,٣٪) لفئة الدخل ٤٠٠٠-٧٩٩٩ ريالاً شهرياً ، و(٧٧,٣٪) لفئة الدخل ٨٠٠٠ ريال فأكثر ، وعلى المستوى الكلى بلغت نسبة الذين أفادوا بأن الاشتراك فى نظام الضمان الصحى التعاونى لا يعتبر أفضل بالنسبة لهم (٢٤,١٪) من مجموع المستجيبين محل الدراسة . ويشير اختبار مربع كاى إلى عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين تفضيل الاشتراك فى نظام الضمان الصحى التعاونى والدخل الشهرى للمبحوثين .

جدول رقم (٧٩-٥) توزيع غير المشتركين وفقاً لآرائهم حول ما إذا كان الاشتراك فى نظام الضمان الصحى أفضل بالنسبة لهم ووجود خدمات صحية توفرها جهة العمل ، الرياض ١٤٢٢هـ

توافر خدمات طبية من قبل جهة العمل	هل الاشتراك فى نظام الضمان الصحى أفضل				المجموع	
	نعم		لا			
	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪
نعم	١٣٣	٧٣,٥	٤٨	٢٦,٥	١٨١	١٠٠
لا	٥٨	٨٤,١	١١	١٥,٩	٦٩	١٠٠
المجموع	**١٩١**	**٧٦,٤**	**٥٩**	**٢٣,٦**	**٢٥٠**	**١٠٠**

اختبار مربع كاى : ٣,١٠٠ مستوى الدلالة الإحصائية : ٠,٠٧٨



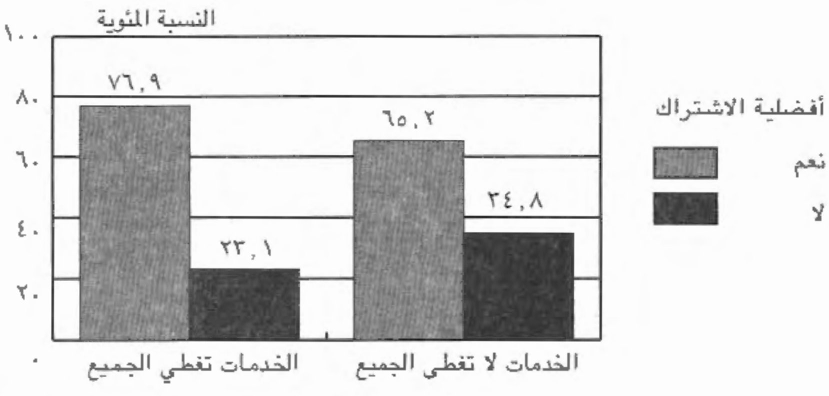
توافر خدمات صحية من قبل جهة العمل

يبين الجدول رقم (٧٩-٥) والشكل المصاحب له ارتفاع نسب غير المشتركين ، الذين أفادوا بأن الاشتراك فى نظام الضمان الصحى التعاونى أفضل بالنسبة لهم ، مقارنة بالوضع الراهن ، سواء من الذين توفر لهم جهة عملهم خدمات صحية أو الذين لا توفر جهة عملهم هذه الخدمات ، وقد بلغت هذه النسب (٧٣,٥٪) و(٨٤,١٪) للفئتين على التوالى ، وعلى المستوى الكلى بلغت نسبة الذين أفادوا بأن الاشتراك فى نظام الضمان الصحى التعاونى لا يعتبر أفضل بالنسبة لهم (٢٣,٦٪) من مجموع المستجيبين محل الدراسة . ويشير اختبار مربع كاى إلى عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين تفضيل الاشتراك فى نظام الضمان الصحى التعاونى ، ووجود خدمات صحية توفرها جهة عمل المبحوثين عند مستوى دلالة ٥٪ .

جدول رقم (٨٠-٥) توزيع غير المشتركين وفقاً لآرائهم حول ما إذا كان الاشتراك فى نظام الضمان الصحى أفضل بالنسبة لهم وشمول الخدمة التى توفرها جهة العمل لجميع أفراد الأسرة ، الرياض ١٤٢٢هـ

تغطية جميع أفراد الأسرة بالخدمة الصحية	هل الاشتراك فى نظام الضمان الصحى أفضل				المجموع	
	نعم		لا			
	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪
نعم	٩٠	٧٦,٩	٢٧	٢٣,١	١١٧	١٠٠
لا	٤٣	٦٥,٢	٢٣	٣٤,٨	٦٦	١٠٠
المجموع	١٣٣	٧٢,٧	٥٠	٢٧,٣	١٨٣	١٠٠

اختبار مربع كاى : ٢,٩٥٤ مستوى الدلالة الإحصائية : ٠,٠٨٦



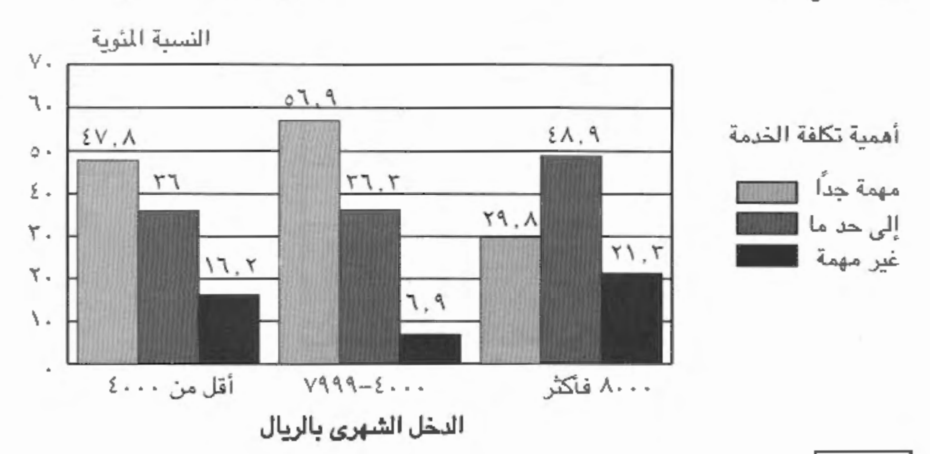
تغطية أفراد الأسرة بالخدمة الصحية

يبين الجدول رقم (٨٠-٥) والشكل المصاحب له ارتفاع نسب غير المشتركين الذين أفادوا بأن الاشتراك فى نظام الضمان الصحى التعاونى أفضل بالنسبة لهم مقارنة بالوضع الراهن سواء من الذين توفر جهات عملهم خدمات صحية لهم ولجميع أفراد أسرهم أو الذين لا تتيح جهة عملهم هذه الخدمات لجميع أفراد الأسرة ، وقد بلغت هذه النسب (٧٦,٩٪) و(٦٥,٢٪) للفئتين على التوالى ، وعلى المستوى الكلى بلغت نسبة الذين أفادوا بأن الاشتراك فى نظام الضمان الصحى التعاونى لا يعد أفضل بالنسبة لهم (٢٧,٣٪) من مجموع المستجيبين محل الدراسة . ويشير اختبار مربع كاى إلى عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين تفضيل الاشتراك فى نظام الضمان الصحى التعاونى وشمول الخدمات الصحية التى توفرها جهة عمل المبحوثين لجميع أفراد أسرهم عند مستوى دلالة (٥٪) .

جدول رقم (٥-٨١) توزيع غير المشتركين وفقاً للدخل الشهرى وأهمية تكلفة الخدمة الصحية بالنسبة لهم ، الرياض ١٤٢٢هـ

الدخل الشهرى (ريال)	أهمية تكلفة الخدمة الصحية						المجموع	
	مهم جداً		مهم إلى حد ما		غير مهم			
	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪
أقل من ٤٠٠٠	٥٣	٤٧,٨	٤٠	٣٦,٠	١٨	١٦,٢	١١١	١٠٠
من ٤٠٠٠ – ٧٩٩٩	٥٨	٥٦,٩	٣٧	٣٦,٣	٧	٦,٩	١٠٢	١٠٠
٨٠٠٠ فأكثر	١٤	٢٩,٨	٢٣	٤٨,٩	١٠	٢١,٣	٤٧	١٠٠
المجموع	**١٢٥**	**٤٨,١**	**١٠٠**	**٣٨,٥**	**٣٥**	**١٣,٥**	**٢٦٠**	**١٠٠**

اختبار مربع كاى : ١٢,٦٠٥   مستوى الدلالة الإحصائية : ٠,٠١٣

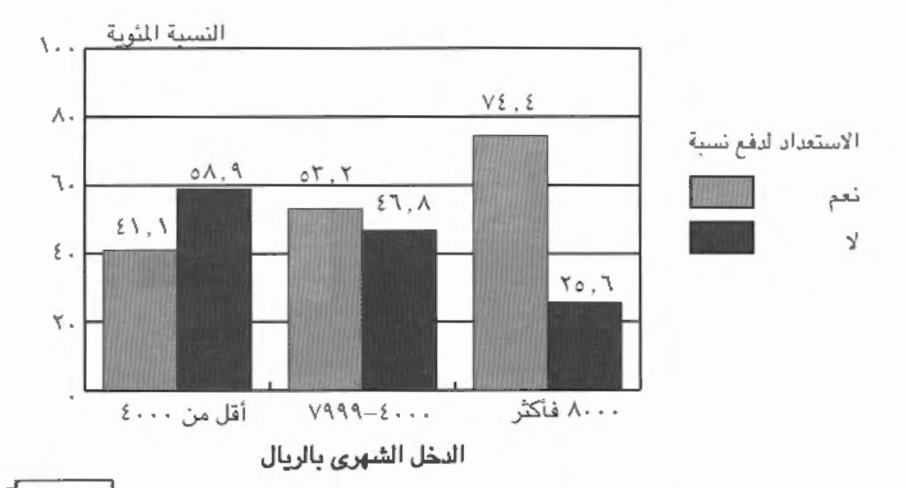


يوضح الجدول رقم (٨١-٥) والشكل المصاحب له ارتفاع نسب غير المشتركين من فئات الدخل المختلفة الذين أفادوا بأهمية تكلفة الخدمة بالنسبة لهم ، وقد تراوحت هذه النسب بين (٢,٩٣٪) لفئة الدخل ٤٠٠٠-٧٩٩٩ ريالاً شهريًا و(٧٨,٧٪) لفئة الدخل ٨٠٠٠ ريال فأكثر ، وعلى المستوى الكلى بلغت نسبة الذين أفادوا بعدم أهمية تكلفة الخدمة بالنسبة لهم (١٣,٥٪) من مجموع المستجيبين محل الدراسة . ويشير اختبار مربع كاى إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الدخل الشهرى للمبحوثين وأهمية تكلفة الخدمة بالنسبة لهم .

جدول رقم (٨٢-٥) توزيع غير المشتركين وفقًا للدخل الشهرى والاستعداد لدفع نسبة من التكلفة عند كل زيارة للطبيب ، الرياض ١٤٢٢هـ

الدخل الشهرى (ريال)	الاستعداد لدفع نسبة من التكلفة				المجموع	
	نعم		لا			
	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪
أقل من ٤٠٠٠	٤٤	٤١,١	٦٣	٥٨,٩	١٠٧	١٠٠
من ٤٠٠٠ - ٧٩٩٩	٥٨	٥٣,٢	٥١	٤٦,٨	١٠٩	١٠٠
٨٠٠٠ فأكثر	٣٢	٧٤,٤	١١	٢٥,٦	٤٣	١٠٠
المجموع	**١٣٤**	**٥١,٧**	**١٢٥**	**٤٨,٣**	**٢٥٩**	**١٠٠**

اختبار مربع كاى : ١٣,٧٨٣ مستوى الدلالة الإحصائية : ٠,٠٠١

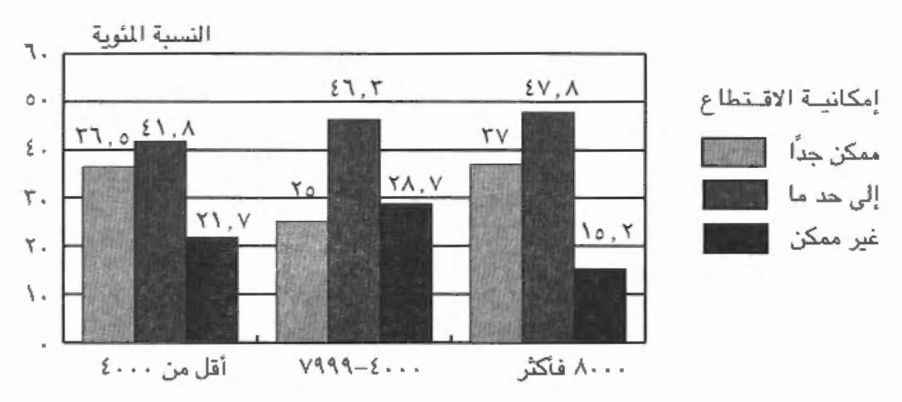


يبين الجدول رقم (٨٢-٥) والشكل المصاحب له ارتفاع نسبة غير المشتركين المستعدين لدفع نسبة من التكلفة عند كل زيارة للطبيب بارتفاع الدخل ، فقد بلغت هذه النسبة (٤١,١٪) و(٥٣,٢٪) و(٧٤,٤٪) لفئات الدخل أقل من ٤٠٠٠ و٤٠٠٠-٧٩٩٩ و٨٠٠٠ فأكثر على التوالى . وعلى المستوى الكلى بلغت نسبة الذين أفادوا بعدم استعدادهم لدفع جزء من التكلفة عند كل زيارة للطبيب (٤٨,٣٪) من مجموع المستجيبين محل الدراسة . ويشير اختبار مربع كاى إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الدخل الشهرى والاستعداد لدفع نسبة من التكلفة عند كل زيارة للطبيب .

جدول رقم (٨٣-٥) توزيع غير المشتركين وفقاً للدخل الشهرى وإمكانية اقتطاع جزء من الراتب من أجل الاشتراك فى الضمان الصحى ، الرياض ١٤٢٢هـ

الدخل الشهرى (ريال)	إمكانية اقتطاع جزء من الراتب						المجموع	
	ممكن جداً		ممكن إلى حد ما		غير ممكن			
	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪
أقل من ٤٠٠٠	٤٢	٣٦,٥	٤٨	٤١,٨	٢٥	٢١,٧	١١٥	١٠٠
من ٤٠٠٠ - ٧٩٩٩	٢٧	٢٥,٠	٥٠	٤٦,٣	٣١	٢٨,٧	١٠٨	١٠٠
٨٠٠٠ فأكثر	١٧	٣٧,٠	٢٢	٤٧,٨	٧	١٥,٢	٤٦	١٠٠
المجموع	**٨٦**	**٣٢,٠**	**١٢٠**	**٤٤,٦**	**٦٣**	**٢٣,٤**	**٢٦٩**	**١٠٠**

اختبار مربع كاى : ٥,٨٨٠ مستوى الدلالة الإحصائية : ٠,٢٠٨



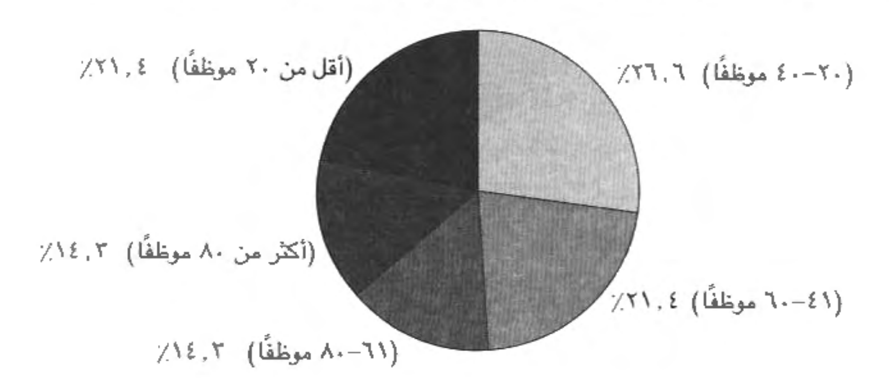
الدخل الشهرى بالريال

يوضح الجدول رقم (٨٣-٥) والشكل المصاحب له ارتفاع نسب غير المشتركين من فئات الدخل المختلفة الذين أفادوا بإمكانية اقتطاع جزء من الراتب من أجل الاشتراك فى الضمان الصحى ، وقد تراوحت هذه النسب بين (٧١,٣٪) لفئة الدخل ٤٠٠٠-٧٩٩٩ ريالاً شهريًا و(٨٤,٨٪) لفئة الدخل ٨٠٠٠ ريال فأكثر ، وعلى المستوى الكلى بلغت نسبة الذين أفادوا بعدم إمكانية اقتطاع جزء من راتبهم من أجل الاشتراك فى الضمان الصحى (٢٣,٤٪) من مجموع المستجيبين محل الدراسة . ويشير اختبار مربع كاى إلى عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الدخل الشهرى وإمكانية اقتطاع جزء من الراتب من أجل الاشتراك بالضمان الصحى .

ثالثًا- تحليل آراء إداريى شركات التأمين المشتركة فى الدراسة (وسوف يشار إليها فيما يلى بالشركات) :

جدول رقم (٨٤-٥) توزيع الشركات محل الدراسة وفقًا لأعداد العاملين بها ، الرياض ١٤٢٢هـ

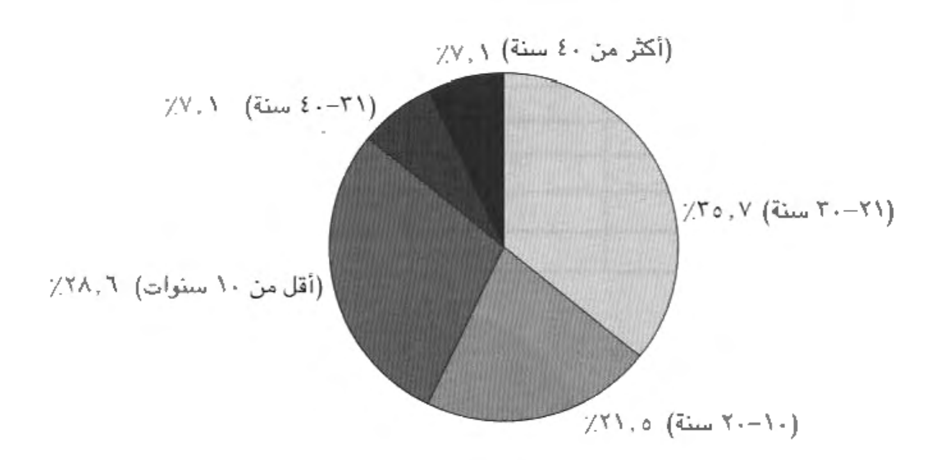
عدد العمال	عدد الشركات	النسبة المئوية
أقل من ٢٠ عاملاً	٣	٢١,٤
٢٠ - ٤٠	٤	٢٨,٦
٤١ - ٦٠	٣	٢١,٤
٦١ - ٨٠	٢	١٤,٣
أكثر من ٨٠	٢	١٤,٣
المجموع	**١٤**	**١٠٠**



كما يبين الجدول رقم (٨٤-٥) والشكل المرافق له ، تراوح عدد العاملين في الشركات محل الدراسة بين أقل من ٢٠ موظفًا في (٢١,٤٪) من هذه الشركات ، وأكثر من ٨٠ موظفًا في (١٤,٣٪) منها ، وكان عدد الموظفين في غالبية هذه الشركات (٢٨,٦٪) يتراوح بين ٢٠ و٤٠ فرداً .

جدول رقم (٨٥-٥) توزيع الشركات محل الدراسة وفقًا لعدد سنين الخبرة في مجال التأمين ، الرياض ١٤٢٢هـ

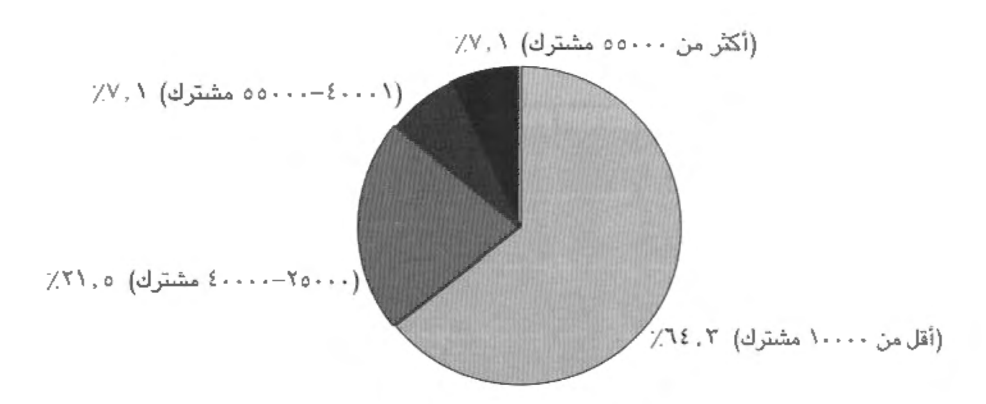
عدد سنين الخبرة	عدد الشركات	النسبة المئوية
أقل من ١٠ سنوات	٤	٢٨,٦
١٠ - ٢٠	٣	٢١,٥
٢١ - ٣٠	٥	٣٥,٧
٣١ - ٤٠	١	٧,١
أكثر من ٤٠	١	٧,١
المجموع	**١٤**	**١٠٠**



يبين الجدول رقم (٨٥-٥) والشكل المرافق له أن حوالي نصف الشركات محل الدراسة (٥٠,١٪) خبرتها في مجال التأمين ٢٠ سنة فأقل ، في حين أفادت (٣٥,٧٪) من هذه الشركات بأن خبرتها في هذا المجال تراوحت بين ٢١ و٣٠ سنة ، وأفادت (١٤,٢٪) منها أن خبرتها في نفس المجال تراوحت بين ٣١ سنة فأكثر .

جدول رقم (٨٦-٥) توزيع الشركات محل الدراسة وفقاً لعدد المشتركين فى الخدمات التأمينية بها ، الرياض ١٤٢٢هـ

عدد المشتركين	عدد الشركات	النسبة المئوية
أقل من ١٠٠٠٠ مشترك	٩	٦٤,٣
٢٥٠٠٠ - ٤٠٠٠٠	٣	٢١,٥
٤٠٠٠١ - ٥٥٠٠٠	١	٧,١
أكثر من ٥٥٠٠٠	١	٧,١
المجموع	**١٤**	**١٠٠**

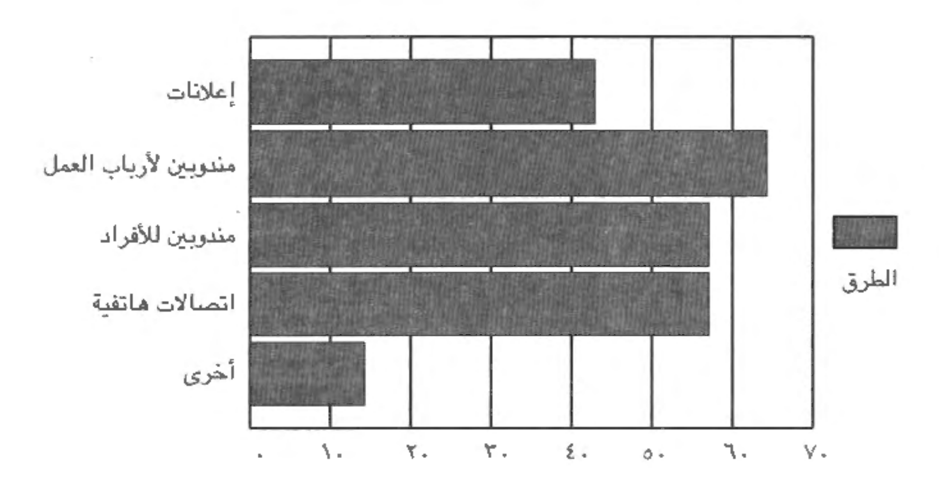


يوضح الجدول رقم (٨٦-٥) والشكل المرافق له ، أن (٦٤,٣٪) من الشركات محل الدراسة تفيد أن أعداد المشتركين في الخدمات التأمينية التي يقدمونها أقل من ١٠٠٠٠ مشترك ، في حين أفاد (٢١,٥٪) منهم أن عدد المشتركين لديهم في تلك الخدمات يتراوح بين ٢٥٠٠٠ و٤٠٠٠٠ مشترك ، وأفاد (١٤,٢٪) من تلك الشركات أن أعداد المشتركين لديهم في نفس الخدمات زادت عن ٤٠٠٠٠ مشترك .

جدول رقم (٨٧-٥) توزيع الشركات محل الدراسة وفقاً لطريقة تسويق خدماتها التأمينية، الرياض ١٤٢٢هـ

طريقة تسويق الخدمات	عدد الشركات (٪) *
إعلانات	٦ (٤٢,٩)
مندوبون إلى أرباب العمل	٩ (٦٤,٣)
مندوبون إلى الأفراد	٨ (٥٧,١)
اتصالات هاتفية	٨ (٥٧,١)
أخرى	٢ (١٤,٣)
مجموع المستجيبين	**١٤**

* يسمح باختيار أكثر من إجابة .



يبين الجدول رقم (٨٧-٥) والشكل المرافق له أن (٦٤,٣٪) من الشركات محل الدراسة تستخدم مندوبين إلى أرباب العمل كوسيلة لتسويق خدماتها التأمينية ، في حين أفاد (٥٧,١٪) من تلك الشركات بأنها تستخدم لنفس الغرض مندوبين إلى الأفراد والاتصالات الهاتفية ، وبلغت نسبة الشركات التي تستخدم الإعلانات كوسيلة تسويقية (٤٢,٩٪) .

جدول رقم (٨٨-٥) توزيع الشركات محل الدراسة وفقاً لشمول خدماتها على التأمين الصحي، الرياض ١٤٢٢هـ

وجود خدمات التأمين الصحي	عدد الشركات	النسبة المئوية
يوجد تأمين صحي	١٢	٨٥,٧
لا يوجد تأمين صحي	٢	١٤,٣
المجموع	**١٤**	**١٠٠**

يبين الجدول رقم (٨٨-٥) أن أغلب شركات التأمين (٨٥,٧٪) توفر خدمات التأمين الصحي لعملائها ، فيما لا توفر هذه الخدمات (١٤,٣٪) من الشركات قيد الدراسة .

جدول رقم (٨٩-٥) توزيع الشركات محل الدراسة وفقاً لكيفية تقديم خدمات التأمين الصحي، الرياض ١٤٢٢هـ

كيفية تقديم الخدمات	عدد الشركات	النسبة المئوية
مباشرة للعملاء	٨	٦٦,٦
كوسطاء لشركات أخرى	٢	١٦,٧
الطريقتان معاً	٢	١٦,٧
المجموع	**١٢**	**١٠٠**

يبين الجدول رقم (٨٩-٥) ، أن (٦٦,٦٪) من شركات التأمين التي توفر التأمين الصحي ضمن خدماتها التأمينية تفيد بأنها تقدم هذه الخدمات مباشرة للعملاء ، في حين انقسمت النسبة الباقية من تلك الشركات إلى شركات تعمل كوسطاء لشركات أخرى وشركات تستخدم الطريقتين معاً .

جدول رقم (٩٠-٥) توزيع الشركات محل الدراسة وفقاً لنسبة معاملات التأمين الصحي إلى مجموع معاملاتها في مجال التأمين ، الرياض ١٤٢٢هـ

نسبة معاملات التأمين الصحي (٪)	عدد الشركات	النسبة المئوية
أقل من ٢٠ ٪	٣	٣٠,٠
٢٠ - ٣٠٪	٢	٢٠,٠
٣٠ - ٤٠٪	٢	٢٠,٠
أكثر من ٤٠٪	٣	٣٠,٠
المجموع	**١٠***	**١٠٠**

* عدد غير المستجيبين = ٢ .

يوضح الجدول رقم (٩٠-٥) ، أن (٣٠,٠٪) من المستجيبين تفيد بأن نسبة معاملات التأمين الصحي إلى مجمل المعاملات التأمينية للشركة كانت أقل من (٢٠٪) ، في حين أفاد (٤٠,٠٪) منهم أن نسبة تلك المعاملات تتراوح بين (٢٠ و٤٠٪) ، وأفاد (٣٠,٠٪) من تلك الشركات أن هذه النسبة تجاوزت (٤٠٪) من مجمل المعاملات التأمينية .

جدول رقم (٩١-٥) توزيع الشركات محل الدراسة وفق التعاقد على خدمات التأمين الصحي ، الرياض ١٤٢٢هـ

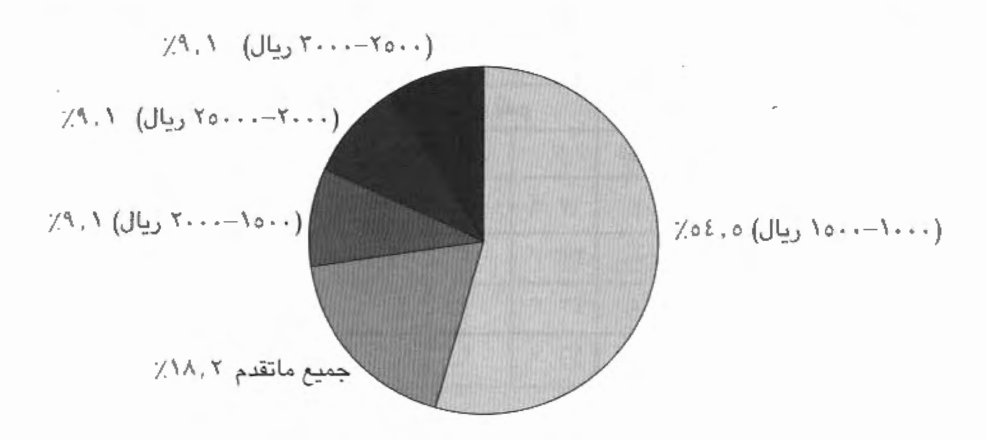
طريقة التعاقد على خدمات التأمين الصحي	عدد الشركات	النسبة المئوية
عقود مع أرباب العمل	٦	٥٠,٠
عقوب مع أرباب العمل والأفراد	٤	٣٣,٣
عقوب مع أرباب العمل والأفراد والجهات الحكومية وأخرى	٢	١٦,٧
المجموع	**١٢**	**١٠٠**

يبين الجدول رقم (٩١-٥) أن (٥٠,٠٪) من شركات التأمين محل الدراسة والتي تقدم خدمات التأمين الصحي ضمن خدماتها التأمينية تبرم عقودها مباشرة مع أرباب العمل ، في حين تقوم (٣٣,٣٪) من هذه الشركات بإبرام عقود مع أرباب العمل والأفراد ، وتبرم (١٦,٧٪) منها عقودها مع أرباب العمل والأفراد وجهات حكومية أخرى .

جدول رقم (٩٢-٥) توزيع الشركات محل الدراسة وفقاً لمعدل القسط السنوي للمشترك في التأمين الصحي ، الرياض ١٤٢٢هـ

معدل القسط السنوي	عدد الشركات	النسبة المئوية
١٠٠٠ - ١٥٠٠	٦	٥٤,٥
١٥٠٠ - ٢٠٠٠	١	٩,١
٢٥٠٠ - ٣٠٠٠	١	٩,١
٣٠٠٠ - ٣٥٠٠	١	٩,١
كل ما تقدم (يوجد عدة نظم للتغطية)	٢	١٨,٢
المجموع	**١١***	**١٠٠**

* عدد غير المستجيبين = ١ .



يبين الجدول رقم (٩٢-٥) والشكل المصاحب له أن أكثر من نصف عدد الشركات المستجيبة (٥٤,٥٪) تتقاضى قسطًا سنويًا للفرد يتراوح بين ١٠٠٠-١٥٠٠ ريال ، في حين تجاوز القسط السنوى للفرد في النسبة المتبقية من الشركات ١٥٠٠ ريال .

جدول رقم (٩٣-٥) توزيع الشركات محل الدراسة وفقًا لتحمل المريض مبلغًا قابلاً للاقتطاع بعد تجاوز التكلفة حداً معينـاً ، الرياض ١٤٢٢هـ

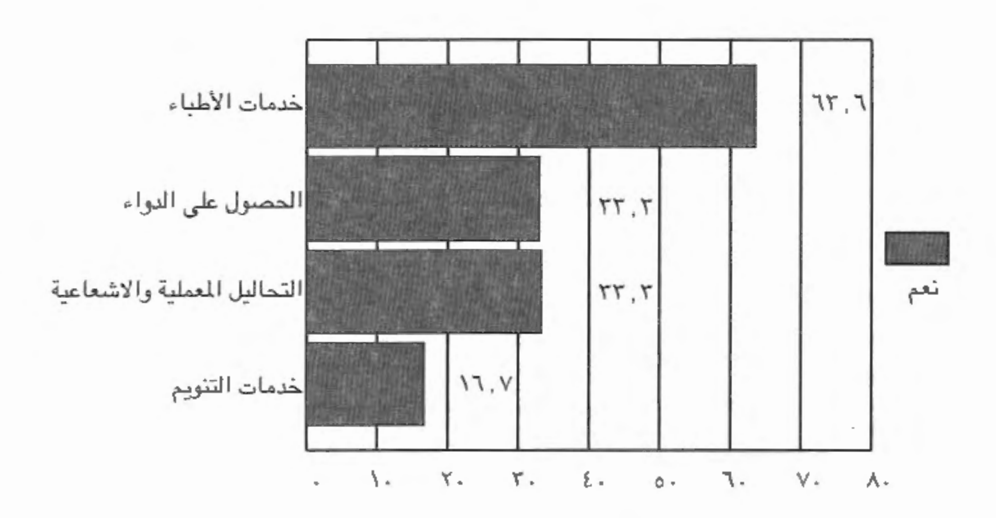
دفع مبلغ قابل للاقتطاع	عدد الشركات	النسبة المئوية
المريض لا يدفع	٤	٤٤,٤
المريض يدفع	٥	٥٥,٦
المجموع	**٩***	**١٠٠**

* عدد غير المستجيبين = ٣ .

يوضح الجدول رقم (٩٣-٥) أن (٥٥,٦٪) من المستجيبين أفادوا بأن المريض يدفع مبلغًا إضافيًا قابلاً للاقتطاع عند تلقيه الخدمة بعد تجاوز التكلفة حداً معينًا ، في حين أفاد (٤٤,٤٪) منهم بأن المريض لا يدفع هذا المبلغ .

جدول رقم (٩٤-٥) توزيع الشركات محل الدراسة وفقاً لتحمل المريض نسبة من التكلفة نظير الخدمات المقدمة، الرياض ١٤٢٢هـ

دفع نسبة من التكلفة / الخدمة المقدمة	نعم		لا		المجموع	
	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪
خدمات الأطباء	٧	٦٣,٦	٤	٣٦,٤	١١	١٠٠
الحصول على الدواء	٤	٣٣,٣	٨	٦٦,٧	١٢	١٠٠
التحاليل المعملية والإشعاعية	٤	٣٣,٣	٨	٦٦,٧	١٢	١٠٠
خدمات التنويم	٢	١٦,٧	١٠	٨٣,٣	١٢	١٠٠

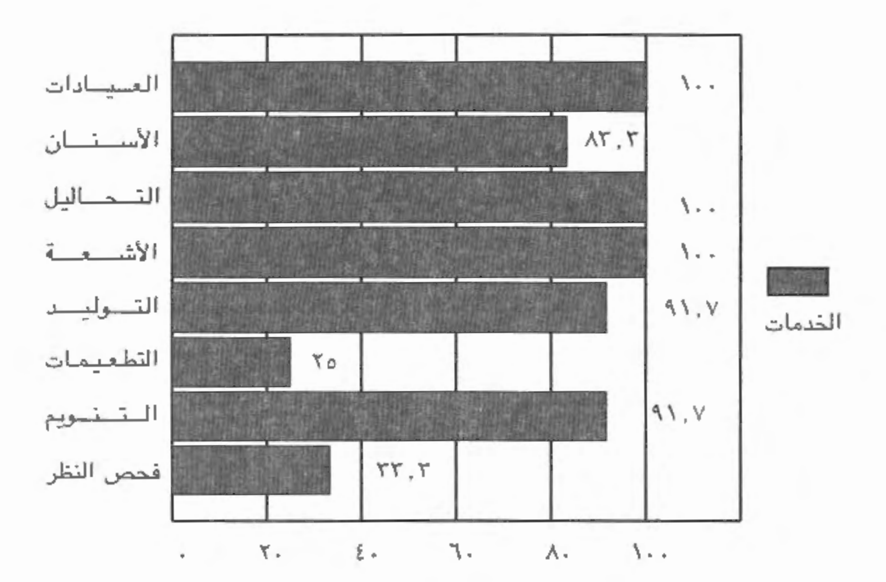


يبين الجدول رقم (٩٤-٥) والشكل المصاحب له، أن نسبة الذين يدفعون جزءاً من تكلفة الخدمات التي يتلقوها تحت مظلة التأمين الصحي تتفاوت باختلاف هذه الخدمات. وقد تراوحت هذه النسبة بين (١٦,٧٪) في حالة خدمات التنويم و(٦٣,٦٪) في خدمات الأطباء.

جدول رقم (٩٥-٥) توزيع الشركات محل الدراسة وفقاً لشمولية خدمة التأمين الصحي التي تغطيها، الرياض ١٤٢٢هـ

شمولية الخدمة	عدد الشركات (٪) **
الكشف بالعيادات الخارجية	١٢ (١٠٠)
خدمات الأسنان الأساسية	١٠ (٨٣,٣)
التحاليل المعملية	١٢ (١٠٠)
الفحوص الإشعاعية	١٢ (١٠٠)
خدمات التوليد	١١ (٩١,٧)
خدمات التطعيم	٣ (٢٥,٠)
خدمات التنويم بالمستشفيات	١١ (٩١,٧)
فحص النظر	١٤ (٣٣,٣)
مجموع المستجيبين	**١٢**

** يسمح بأكثر من اختيار لكل شركة .



يبين الجدول رقم (٩٥-٥) والشكل المرافق له أن (١٠٠,٠٪) من المستجيبين أفادوا بأن خدمات التأمين الصحى التى يقدمونها تغطى خدمات الكشف بالعيادات الخارجية والتحاليل المعملية والفحوص الإشعاعية ، فى حين أفاد (٩١,٧٪) منهم أن هذه التغطية تشتمل على خدمات التنويم بالمستشفيات وخدمات التوليد ، وقد تراوحت نسبة الاستجابات لتغطية باقى الخدمات بين (٢٥,٠٪) لخدمات التطعيم ، و(٨٣,٣٪) لخدمات الأسنان الأساسية .

جدول رقم (٩٦-٥) توزيع الشركات محل الدراسة وفقاً لاختلاف شمولية التغطية باختلاف الجهات التى تتعاقد معها ، الرياض ١٤٢٢هـ

اختلاف شمولية التغطية	عدد الشركات	النسبة المئوية
نعم	١١	٩١,٧
لا	١	٨,٣
المجموع	**١٢**	**١٠٠**

يبين الجدول رقم (٩٦-٥) أن (٩١,٧٪) من الشركات التى تقدم خدمات التأمين الصحى أفادت بأن شمولية التغطية التأمينية تختلف باختلاف جهة التعاقد ، فيما نفت (٨,٣٪) من تلك الشركات ذلك .

جدول رقم (٩٧-٥) توزيع الشركات محل الدراسة وفقاً لأسباب اختلاف شمولية التغطية ، الرياض ١٤٢٢هـ

أسباب الاختلاف	عدد الشركات	النسبة المئوية
رغبة العميل	٤	٣٦,٤
اختلاف قيمة البوليصة	١	٩,١
السببان معاً	٦	٥٤,٥
المجموع	**١١***	**١٠٠**

* عدد غير المستجيبين = ١ .

يبين الجدول رقم (٩٧-٥) أن (٣٦,٤٪) من الشركات التى تقدم خدمات التأمين الصحى أفادت بأن اختلاف شمولية التغطية التى تقدمها يرجع إلى رغبة العميل ، فى

حين أفاد (٩,١٪) من هذه الشركات بأن سبب اختلاف شمولية التغطية يعود إلى اختلاف القيمة المالية للبوليصة ، وقد أفادت باقي الشركات المستجيبة (٥٤,٥٪) بأن اختلاف شمولية التغطية يرجع للسببين المذكورين معاً .

جدول رقم (٩٨-٥) توزيع الشركات محل الدراسة وفقاً لبعض خصائص الخدمة التأمينية التى تقدمها ، الرياض ١٤٢٢هـ

استجابة إداريي الشركات / خصائص الخدمة المقدمة	نعم		لا		المجموع	
	العدد	٪	العدد	٪	العدد *	٪
تحديد المستشفيات التي يتعامل معها المشتركون	١٠	٨٣,٣	٢	١٦,٧	١٢	١٠٠
توفر إمكانية اختيار المستشفى من قبل المشترك	١٠	٩٠,٩	١	٩,١	١١	١٠٠
توفر إمكانية اختيار الطبيب من قبل المشترك	٩	٨١,٨	٢	١٨,٢	١١	١٠٠

* العدد الكلى للعينة = ١٢ والفرق فى المجموع هم غير مستجيبين للسؤال .

يبين الجدول رقم (٩٨-٥) أن (٨٣,٣٪) من الشركات محل الدراسة والتى تقدم خدمات التأمين الصحى تتعامل مع مستشفيات محددة فيما يتعامل (١٦,٧٪) من هذه الشركات مع مختلف المستشفيات . من ناحية أخرى ، تشير البيانات الموضحة أن (٩٠,٩٪) من هذه الشركات يسمحون للمرضى المتعاملين معهم باختيار المستشفى الذى يتلقون فيه العلاج ، فى حين يسمح (٨١,٨٪) منها للمشتركين فى خدمات التأمين الصحى باختيار الطبيب المعالج .

جدول رقم (٩٩-٥) توزيع الشركات محل الدراسة وفقاً لحدوث مشكلات مع المستشفيات التى تتعامل معها ، الرياض ١٤٢٢هـ

حدوث مشكلات مع المستشفيات	عدد الشركات	النسبة المئوية
نعم	١٠	٨٣,٣
لا	٢	١٦,٧
المجموع	١٢	١٠٠

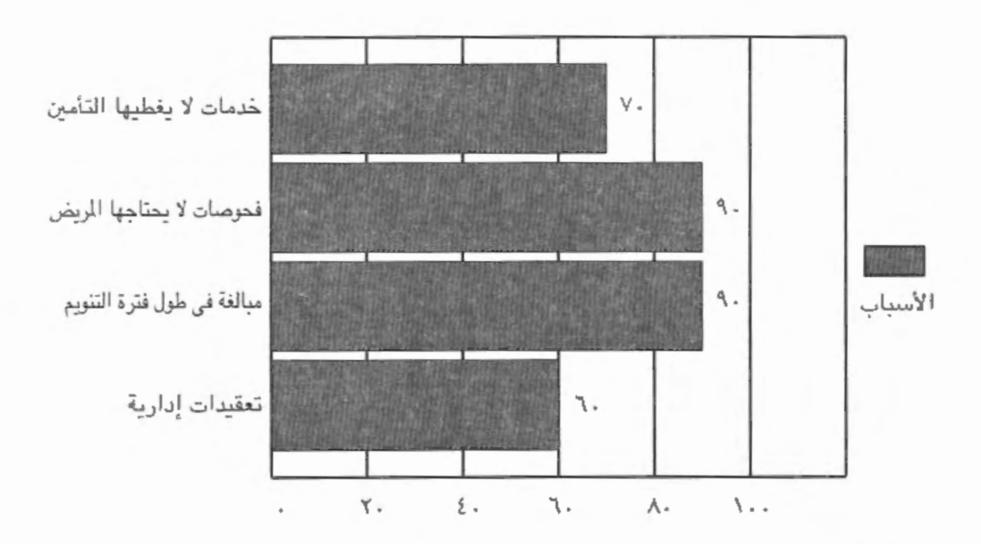
يبين الجدول رقم (٩٩-٥) أن (٨٣,٣٪) من الشركات محل الدراسة والتى تقدم خدمات التأمين الصحى تفيد بحدوث مشكلات مع المستشفيات التى يتعاملون معها ، فى حين أفاد (١٦,٧٪) من تلك الشركات بعدم حدوث مثل هذه المشكلات .

جدول رقم (١٠٠-٥) توزيع الشركات محل الدراسة وفقاً لأسباب المشكلات التى تحدث مع المستشفيات التى تتعامل معها ، الرياض ١٤٢٢هـ

أسباب المشكلات	عدد الشركات (٪) **
تقديم خدمات للمرضى لا يغطيها التأمين	٧ (٧٠,٠)
إجراء فحوصات لا يحتاجها المريض	٩ (٩٠,٠)
المبالغة في طول فترة تنويم المريض	٩ (٩٠,٠)
تعقيدات إدارية	٦ (٦٠,٠)
مجموع المستجيبين	١٠*

* عدد غير المستجيبين = ٢ .

** يسمح بأكثر من اختيار لكل شركة .



يبين الجدول رقم (١٠٠-٥) والشكل المرافق له أن (٩٠,٠٪) من الشركات المستجيبة والتى تقدم خدمات التأمين الصحى أفادت بأن أسباب المشكلات التى تقع مع المستشفيات تعود إلى إجراء فحوصات لا يحتاجها المريض والمبالغة فى طول فترة التنويم ، فى حين أفاد (٧٠,٠٪) من المستجيبين أن السبب هو تقديم خدمات لا يغطيها التأمين ، وأفاد (٦٠,٠٪) منهم أن الأسباب ترجع إلى وجود تعقيدات إدارية .

جدول رقم (١٠١-٥) توزيع الشركات محل الدراسة وفقًا لحدوث مشكلات مع المشتركين الذين تتعامل معهم . الرياض ١٤٢٢هـ

حدوث مشكلات مع المشتركين	عدد الشركات	النسبة المئوية
نعم	٩	٧٥,٠
لا	٣	٢٥.
المجموع	**١٢**	**١٠٠**

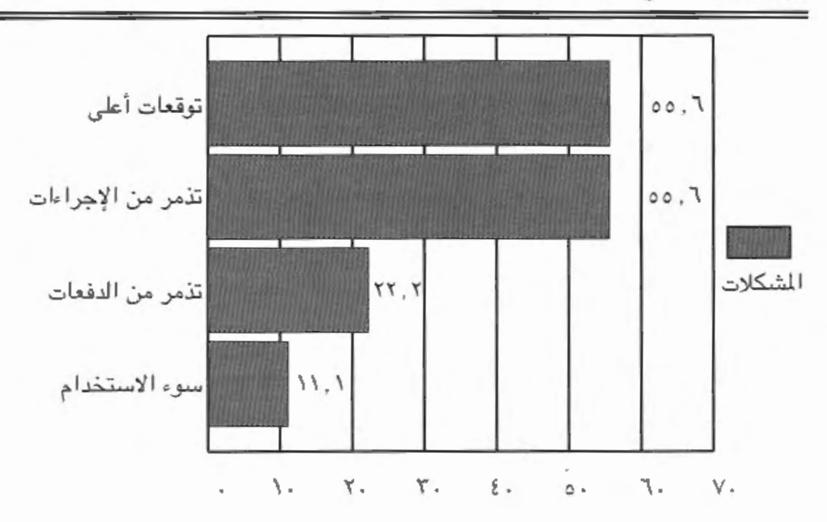
يبين الجدول رقم (١٠١-٥) ، أن (٧٥,٠٪) من الشركات محل الدراسة والتى تقدم خدمات التأمين الصحى تفيد بحدوث مشكلات مع المشتركين فى نظام التأمين الصحى الذين يتعاملون معهم ، فى حين أفاد (٢٥,٠٪) من تلك الشركات بعدم حدوث مثل هذه المشكلات .

جدول رقم (١٠٢-٥) توزيع الشركات محل الدراسة وفقًا لطبيعة المشكلات التى تحدث مع المشتركين الذين تتعامل معهم ، الرياض ١٤٢٢هـ

طبيعة المشكلات	عدد الشركات (٪)**
توقعات أعلى من الواقع بالنسبة لشمولية التغطية	٥ (٥٥,٦)
تذمر من الإجراءات الإدارية	٥ (٥٥,٦)
تذمر من الدفعات الإضافية (إن وجدت)	٢ (٢٢,٢)
سوء استعمال البطاقة الطبية	١ (١١,١)
مجموع المستجيبين	**٩ ***

* عدد غير المستجيبين = ٣ .

** يسمح بأكثر من اختيار لكل شركة .



يبين الجدول رقم (٢-١٠٢-٥) والشكل المرافق له أن (٥٥,٦٪) من الشركات المستجيبة والتي تقدم خدمات التأمين الصحي أفادت أن أسباب المشكلات مع المشتركين الذين تتعامل معهم تعود إلى توقعات أعلى من الواقع بالنسبة لشمولية التغطية وتذمر من الإجراءات الإدارية ، في حين أفاد (٢٢,٢٪) من المستجيبين أن السبب هو تذمر من الدفعات الإضافية ، وأفاد (١١,١٪) منهم أن الأسباب ترجع لسوء استعمال البطاقة الطبية .

جدول رقم (٥-١٠٣) توزيع الشركات محل الدراسة وفقاً لآرائهم حول مستوى رضا المشتركين عن خدماتهم ، الرياض ١٤٢٢هـ

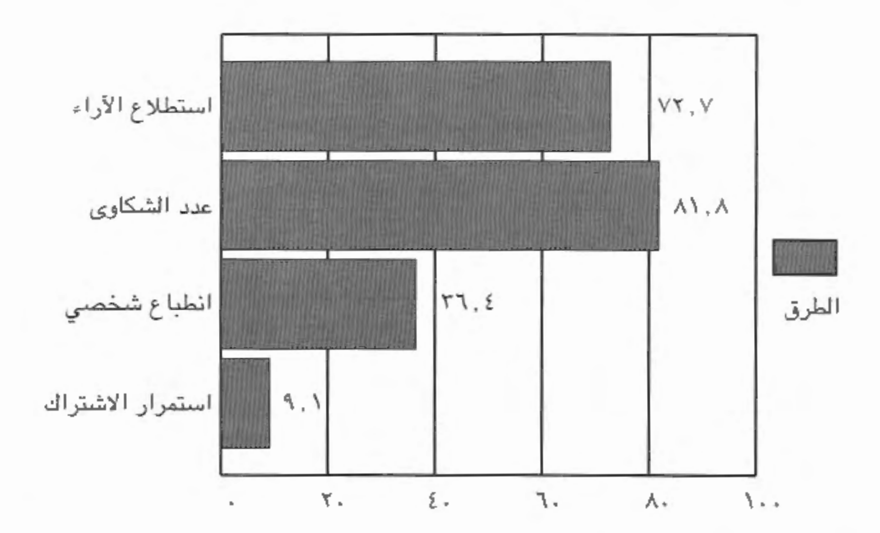
مستوى رضا المشتركين	عدد الشركات	النسبة المئوية
عال للغاية	٤	٣٣,٤
عال إلى حد ما	٨	٦٦,٦
منخفض	٠	٠,٠
المجموع	**١٢**	**١٠٠**

يبين الجدول رقم (٣-١٠-٥) أن (٦٦,٦٪) من الشركات محل الدراسة والتي تقدم خدمات التأمين الصحي تفيد باعتقادهم بأن مستوى رضا المشتركين عن خدماتهم عالٍ إلى حد ما ، فيما يرى (٣٣,٤٪) من تلك الشركات أن مستوى رضا المشتركين عن الخدمات التي يقدمونها عالٍ للغاية .

جدول رقم (٥-١٠٤) توزيع الشركات محل الدراسة وفقاً لطرق التوصل لآراء المشتركين حول مدى رضاهم عن الخدمات التي تقدمها ، الرياض ١٤٢٢هـ

طرق التوصل لآراء المشتركين	عدد الشركات (٪)**
استطلاع آراء المشاركين	٨ (٧٢,٧)
عدد الشكاوى	٩ (٨١,٨)
انطباع شخصي	٤ (٣٦,٤)
استمرار المشتركين في التعاقد مع الشركة	١ (٩,١)
مجموع المستجيبين	١١*

* عدد غير المستجيبين = ١ .
** يسمح بأكثر من اختيار لكل شركة .



يوضح الجدول رقم (١٠٤-٥) والشكل المرافق له أن (٨١,٨٪) من الشركات المستجيبة والتي تقدم خدمات التأمين الصحي توصلت إلى آراء المشتركين حول مستوى رضاهم عن الخدمات التي تقدمها من خلال عدد الشكاوى المتلقاة ، في حين تراوحت استجابات تلك الشركات للطرق الأخرى المستخدمة للتعرف على مدى رضا المشتركين بين استمرار المشتركين في التعاقد مع الشركة (٩,١٪) واستطلاع آراء المشتركين (٧٢,٧٪) .

جدول رقم (١٠٥-٥) توزيع الشركات محل الدراسة وفقاً لتأخر مستحقات المستشفيات لديهم ، الرياض ١٤٢٢هـ

تأخر مستحقات المستشفيات	عدد الشركات	النسبة المئوية
نعم	٩	٧٥,٠
لا	٣	٢٥,
المجموع	**١٢**	**١٠٠**

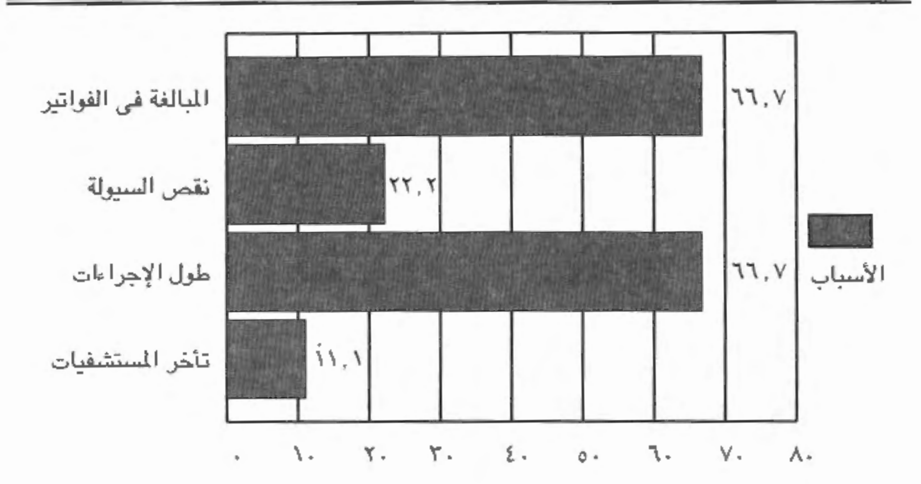
يبين الجدول رقم (١٠٥-٥) ، أن (٧٥,٠٪) من الشركات محل الدراسة والتي تقدم خدمات التأمين الصحي تفيد بأن مستحقات المستشفيات تتأخر لديها ، في حين نفت (٢٥,٠٪) من تلك المستشفيات ذلك .

جدول رقم (١٠٦-٥) توزيع الشركات محل الدراسة وفقاً لأسباب تأخر مستحقات المستشفيات لديها ، الرياض ١٤٢٢هـ

أسباب تأخر مستحقات المستشفيات	عدد الشركات (٪) **
المبالغة في قيمة الفواتير	٦ (٦٦,٧)
نقص في السيولة	٢ (٢٢,٢)
طول الإجراءات الإدارية المرتبطة ببعض الحالات	٦ (٦٦,٧)
تأخر المستشفيات في تقديم المطالبات	١ (١١,١)
مجموع المستجيبين	**٩** *

* عدد غير المستجيبين = ٣ .

** يسمح بأكثر من اختيار لكل شركة .



يظهر الجدول رقم (١٠٦-٥) والشكل المرافق له أن (٦٦,٧٪) من الشركات المستجيبة والتى تقدم خدمات التأمين الصحى أرجعت أسباب تأخر مستحقات المستشفيات لديها إلى المبالغة فى قيمة الفواتير وطول الإجراءات الإدارية المرتبطة ببعض الحالات ، فى حين أفاد (٢٢,٢٪) من تلك الشركات أن السبب يعود إلى نقص فى السيولة المالية لديها ، وأفاد (١١,١٪) منها بأن السبب هو تأخر المستشفيات فى تقديم المطالبات المالية .

جدول رقم (١٠٧-٥) توزيع الشركات محل الدراسة وفقًا لإمكانية اشتراكها فى نظام الضمان الصحى التعاونى عند تنفيذه ، الرياض ١٤٢٢هـ

إمكانية الاشتراك	عدد الشركات	النسبة المئوية
نعم	١٢	١٠٠
لا	٠	٠
المجموع	**١٢***	**١٠٠**

* عدد غير المستجيبين = ٢ .

يبين الجدول رقم (٥-١٠٧) أن (١٠٠,٠٪) من الشركات المستجيبة محل الدراسة أفادت بإمكانية اشتراكها في نظام الضمان الصحي التعاوني عند تنفيذه .

جدول رقم (٥-١٠٨) توزيع الشركات محل الدراسة وفقاً لآرائهم حول الفئات التي يجب أن يشملها نظام الضمان الصحي التعاوني ، الرياض ١٤٢٢هـ

مستوى رضا المشتركين	عدد الشركات	النسبة المئوية
المقيمون غير السعوديين فقط	٥	٣٨,٥
السعوديون فقط	٠	٠,٠
المقيمون والسعوديون	٨	٦١,٥
المجموع	**١٣***	**١٠٠**

* عدد غير المستجيبين = ١ .

يبين الجدول رقم (٥-١٠٨) أن (٦١,٥٪) من الشركات المستجيبة محل الدراسة ترى أن نظام الضمان الصحي التعاوني يجب أن يشمل المقيمين والسعوديين على حد السواء ، فيما يرى (٣٨,٥٪) من تلك الشركات أن يشمل هذا النظام المقيمين غير السعوديين فقط .

جدول رقم (٥-١٠٩) توزيع الشركات محل الدراسة وفقاً لآرائها حول أن يكون الاشترك في نظام الضمان الصحي التعاوني إجبارياً ، الرياض ١٤٢٢هـ

هل الاشتراك إجباري	عدد الشركات	النسبة المئوية
نعم	١٣	١٠٠
لا	٠	٠
المجموع	**١٣***	**١٠٠**

* عدد غير المستجيبين = ١ .

يبين الجدول رقم (١٠٩-٥) أن (١٠٠,٠٪) من الشركات المستجيبة محل الدراسة ترى أن يكون الاشتراك فى نظام الضمان الصحى التعاونى إجبارياً .

جدول رقم (١١٠-٥) توزيع الشركات محل الدراسة وفقاً لوجود كوادر مدربة على تنفيذ نظام الضمان الصحى التعاونى ، الرياض ١٤٢٢هـ

وجود كوادر مدربة	عدد الشركات	النسبة المئوية
نعم	١١	٨٤,٦
لا	٢	١٥,٤
المجموع	١٣*	١٠٠

* عدد غير المستجيبين = ١ .

يبين الجدول رقم (١١٠-٥) ، أن (٨٤,٦٪) من الشركات المستجيبة محل الدراسة أفاد بوجود كوادر مدربة لديها قادرة على تنفيذ نظام الضمان الصحى التعاونى ، فيما أفاد (١٥,٤٪) من تلك الشركات بعكس ذلك .

جدول رقم (١١١-٥) توزيع الشركات محل الدراسة وفقاً لوجود نظام معلومات قادر على استيعاب نظام الضمان الصحى التعاونى ، الرياض ١٤٢٢هـ

وجود نظام معلومات قادر	عدد الشركات	النسبة المئوية
نعم	١١	٨٤,٦
لا	٢	١٥,٤
المجموع	١٣*	١٠٠

* عدد غير المستجيبين = ١ .

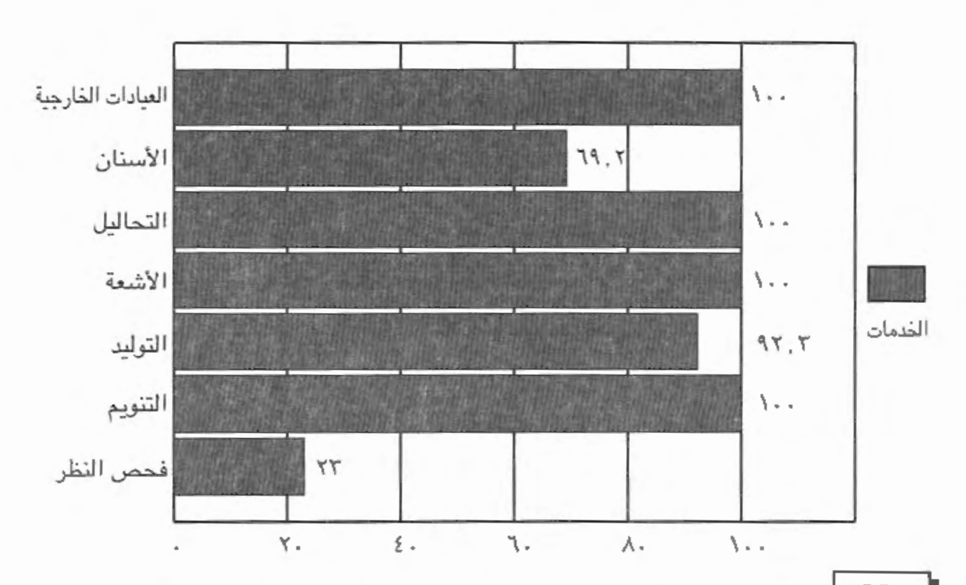
يبين الجدول رقم (١١١-٥) أن (٨٤,٦٪) من الشركات المستجيبة محل الدراسة أفاد بوجود نظام معلومات لديها قادر على استيعاب نظام الضمان الصحى التعاونى ، فيما أفاد (١٥,٤٪) من تلك الشركات بعكس ذلك .

جدول رقم (١١٢-٥) توزيع الشركات محل الدراسة وفقًا لنوع التغطية التى يمكن أن تقدمها فى إطار نظام الضمان الصحى التعاونى، الرياض ١٤٢٢هـ

نوع التغطية	عدد الشركات (٪) **
الكشف بالعيادات الخارجية	١٣ (١٠٠)
خدمات الأسنان الأساسية	٩ (٦٩,٢)
التحاليل المعملية	١٣ (١٠٠)
الفحوص الإشعاعية	١٣ (١٠٠)
خدمات التوليد	١٢ (٩٢,٣)
خدمات التنويم بالمستشفيات	١٣ (١٠٠)
فحص النظر	٣ (٢٣)
مجموع المستجيبين	١٣*

* عدد غير المستجيبين = ١ .

** يسمح بأكثر من اختيار لكل شركة .



يبين الجدول رقم (١١٢-٥) والشكل المرافق له أن جميع الشركات المستجيبة أفادت أنه بإمكانها أن تقدم خدمات العيادات الخارجية والتحاليل المعملية والفحوص الإشعاعية وخدمات التنويم فى المستشفيات ضمن إطار نظام الضمان الصحى التعاونى عند تنفيذه ، فى حين أفاد (٩٢,٣٪) من تلك الشركات بإمكانية تقديم خدمات التوليد ، وأفاد حوالى (٧٠٪) منها بإمكانية تقديم خدمات الأسنان الأساسية .

جدول رقم (١١٣-٥) توزيع الشركات محل الدراسة وفقًا لآرائها حول طرق تدبير التمويل اللازم لتطبيق نظام الضمان الصحى التعاونى ، الرياض ١٤٢٢هـ

طرق تدبير التمويل	عدد الشركات (٪)**
عن طريق أرباب الأعمال	٥ (٤١,٧)
عن طريق المستفيدين	٠ (٠,٠)
عن طريق أرباب العمل والمستفيدين	٧ (٥٨,٣)
مجموع المستجيبين	١٢*

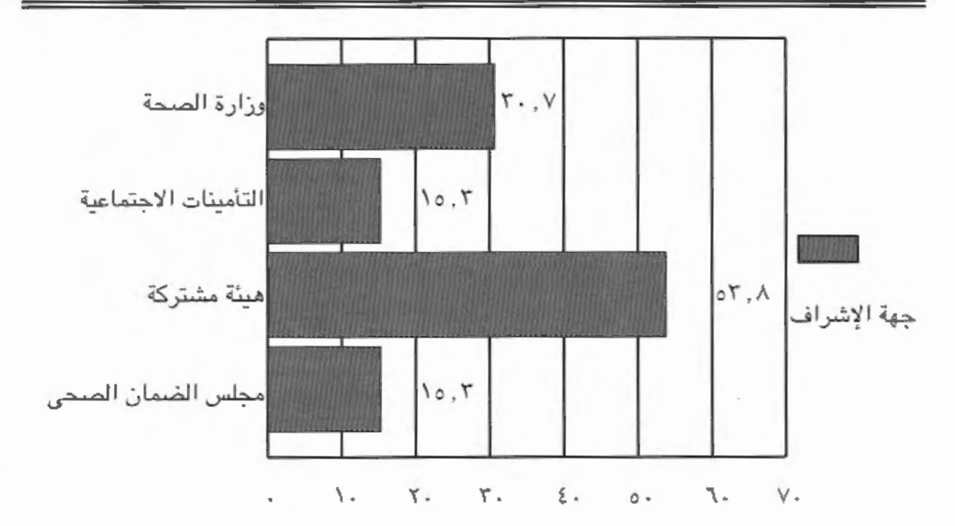
* عدد غير المستجيبين = ٢ . ** يسمح بأكثر من اختيار لكل شركة .

يبين الجدول رقم (١١٣-٥) أن (٥٨,٣٪) من الشركات المستجيبة محل الدراسة ترى أن تدبير التمويل اللازم لتطبيق نظام الضمان الصحى التعاونى يكون عن طريق أرباب العمل والمستفيدين معًا ، فيما يرى (٤١,٧٪) من تلك الشركات أن يكون التمويل عن طريق أرباب العمل فقط .

جدول رقم (١١٤-٥) توزيع الشركات محل الدراسة وفقًا لآرائها حول الجهة التى يجب أن تشرف على تطبيق نظام الضمان الصحى التعاونى ، الرياض ١٤٢٢هـ

الجهة المقترحة للإشراف	عدد الشركات (٪)**
وزارة الصحة	٤ (٣٠,٧)
التأمينات الاجتماعية	٢ (١٥,٣)
هيئة مشتركة من مقدمى الخدمة وشركات التأمين	٧ (٥٣,٨)
مجلس الضمان الصحى	٢ (١٥,٣)
مجموع المستجيبين	١٣*

* عدد غير المستجيبين = ١ . ** يسمح بأكثر من اختيار لكل شركة .

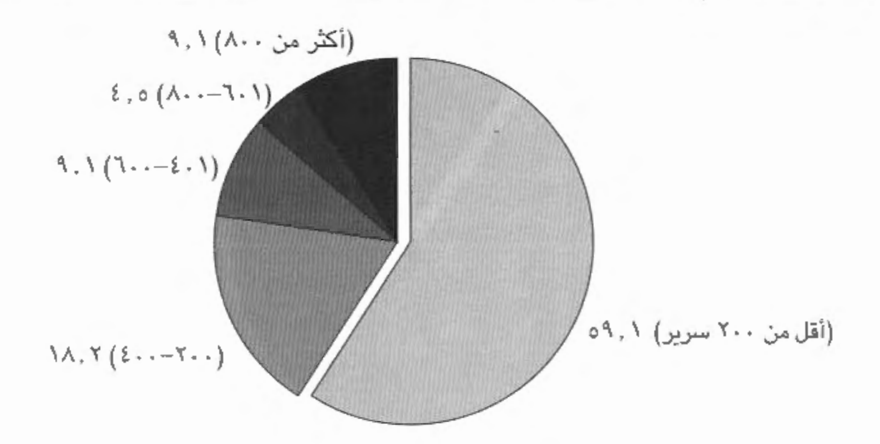


يوضح الجدول رقم (١١٤-٥) والشكل المرافق له أن (٥٣,٨٪) من الشركات المستجيبة محل الدراسة ترى أن تشرف على تطبيق نظام الضمان الصحى التعاونى هيئة مشتركة من مقدمى الخدمة وشركات التأمين ، فيما يرى (٣٠,٧٪) من تلك الشركات أن تقوم وزارة الصحة بهذا الإشراف ، وترى (١٥,٣٪) منها أن يكون الإشراف عن طريق التأمينات الاجتماعية ومجلس الضمان الصحى .

رابعاً - تحليل آراء إداريى مستشفيات مدينة الرياض المشتركة فى الدراسة (وسوف يشار إليهم فيما يلى بالمستشفيات) :

جدول رقم (١١٥-٥) توزيع المستشفيات محل الدراسة وفقاً لعدد الأسرة ، الرياض ١٤٢٢هـ

عدد الأسرة	عدد المستشفيات	النسبة المئوية
أقل من ٢٠٠ سرير	١٣	٥٩,١
٢٠٠ - ٤٠٠	٤	١٨,٢
٤٠١ - ٦٠٠	٢	٩,١
٦٠١ - ٨٠٠	١	٤,٥
٨٠٠ فأكثر	٢	٩,١
المجموع	٢٢	١٠٠

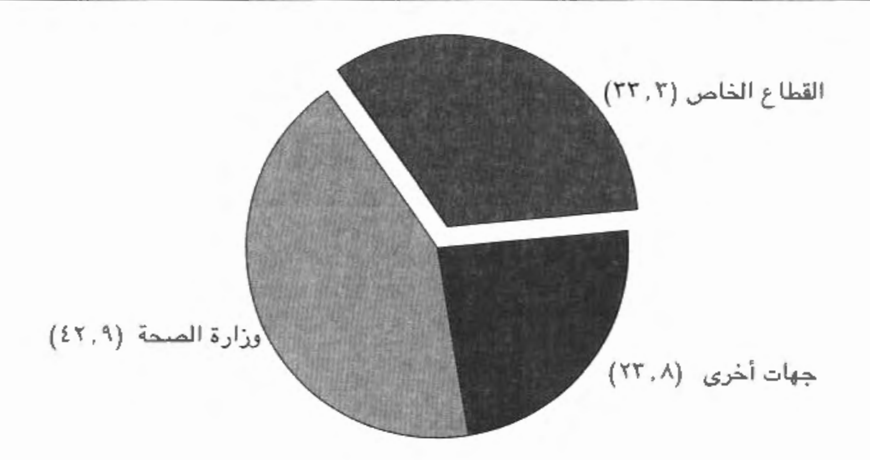


يوضح الجدول رقم (١١٥–٥) والشكل المصاحب له أن (٥٩,١ ٪) من المستشفيات محل الدراسة سعتها أقل من ٢٠٠ سرير ، في حين أن (١٨,٢٪) من هذه المستشفيات تتراوح سعتها بين ٢٠٠–٤٠٠ سرير ، في حين مثلت المستشفيات ذات السعة الأكبر من ٤٠٠ سرير (٢٢,٧٪) من عينة الدراسة .

جدول رقم (١١٦-٥) توزيع المستشفيات محل الدراسة وفقاً لتبعيتها ، الرياض ١٤٢٢هـ

تبعية المستشفى	عدد المستشفيات	النسبة المئوية
قطاع خاص	٧	٣٣.٣
وزارة الصحة	٩	٤٢.٩
التأمينات الاجتماعية	٢	٩.٥
وزارة التعليم العالي	١	٤.٨
القوات المسلحة	١	٤.٨
وزارة الداخلية	١	٤.٨
المجموع	**٢١ ***	**١٠٠**

* عدد غير المستجيبين = ١ .



يوضح الجدول رقم (١١٦-٥) والشكل المصاحب له أن (٤٢,٩٪) من المستشفيات محل الدراسة تتبع وزارة الصحة ، فى حين أن (٣٣,٣٪) من هذه المستشفيات تتبع القطاع الخاص ، و(٢٣,٩٪) منها تتبع جهات أخرى .

جدول رقم (١١٧-٥) توزيع المستشفيات محل الدراسة وفقًا لاشتراكها حاليًا فى نظام للتأمين الصحى ، الرياض ١٤٢٢هـ

الاشتراك حاليًا فى نظام تأمين	عدد المستشفيات	النسبة المئوية
نعم	٩	٤٠,٩
لا	١٣	٥٩,١
المجموع	٢٢	١٠٠

يوضح الجدول رقم (١١٧-٥) أن نسبة المستشفيات محل الدراسة التى تتعامل حاليًا مع نظام للتأمين الصحى تبلغ (٤٠,٩٪) ، فى مقابل (٥٩,١٪) من هذه المستشفيات لا تتعامل حاليًا مع أنظمة التأمين الصحى .

جدول رقم (١١٨-٥) توزيع المستشفيات المشاركة حالياً فى نظام للتأمين الصحى وفقاً لطول فترة تعاملها مع هذا النظام ، الرياض ١٤٢٢هـ

طول فترة التعامل	عدد المستشفيات	النسبة المئوية
سنة واحدة	١	١٦,٧
خمس سنوات	١	١٦,٧
سبع سنوات	١	١٦,٧
تسع سنوات	١	١٦,٧
عشر سنوات	١	١٦,٧
ثلاث عشرة سنة	١	١٦,٧
المجموع	**٦ ***	**١٠٠**

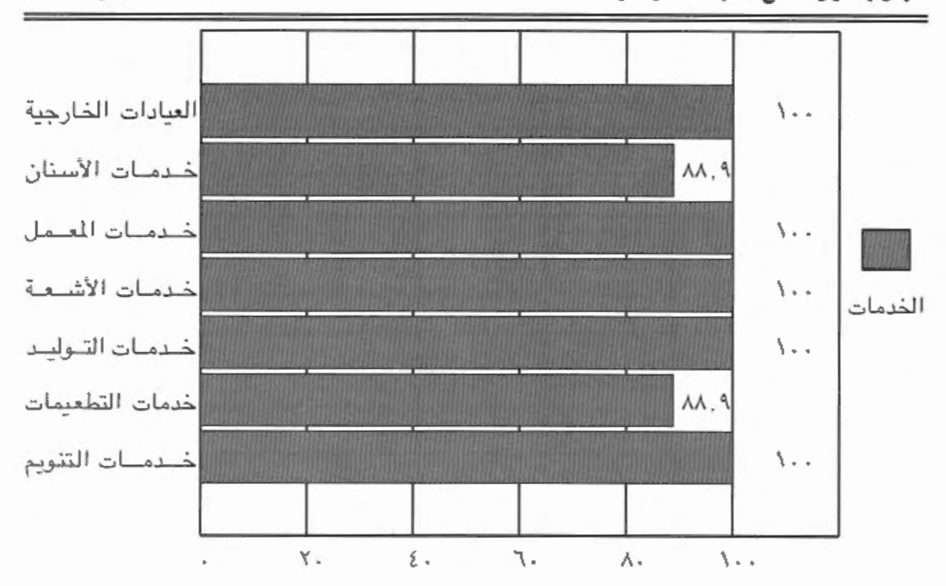
* عدد غير المستجيبين = ٢ .

يبين الجدول رقم (١١٨-٥) توزيع المستشفيات محل الدراسة والمشتركة حاليًا فى نظام للتأمين الصحى وفقًا لطول فترة تعاملها مع هذا النظام . كما يتبين من الجدول ، تتراوح طول فترة التعامل مع نظام للتأمين الصحى بين سنة واحدة وثلاث عشرة سنة .

جدول رقم (١١٩-٥) توزيع المستشفيات المشاركة حالياً فى نظام للتأمين الصحى وفقاً لنوعية الخدمات التى تقدمها فى إطار نظم التأمين الصحى ، الرياض ١٤٢٢هـ

نوعية الخدمات	عدد المستشفيات (٪) *
الكشف بالعيادات الخارجية	٩ (١٠٠)
خدمات الأسنان الأساسية	٨ (٨٨,٩)
التحاليل المعملية	٩ (١٠٠)
الفحوص الإشعاعية	٩ (١٠٠)
خدمات التوليد	٩ (١٠٠)
خدمات التطعيم	٨ (٨٨,٩)
خدمات التنويم بالمستشفيات	٩ (١٠٠)
مجموع المستجيبين	**٩**

* المستشفى الواحد يقدم أكثر من خدمة .



يوضح الجدول رقم (١١٩-٥) والشكل المرافق له أن (١٠٠٪) من المستشفيات محل الدراسة والمشتركة حالياً فى نظام للتأمين الصحى أفادت بأنها تقدم خدمات الكشف بالعيادات الخارجية ، التحاليل المعملية ، التحاليل الإشعاعية ، خدمات التوليد وخدمات التنويم فى إطار نظم التأمين الصحى الحالية ، فى حين أفاد (٨٨,٩ ٪) فقط من هذه المستشفيات بأنها تقدم خدمات الأسنان الأساسية والتطعيمات فى إطار هذه النظم .

جدول رقم (١٢٠-٥) توزيع المستشفيات المشتركة حالياً فى نظام للتأمين الصحى وفقاً لاختلاف شمولية التغطية التأمينية باختلاف الجهات التى تتعاقد معها ، الرياض ١٤٢٢هـ

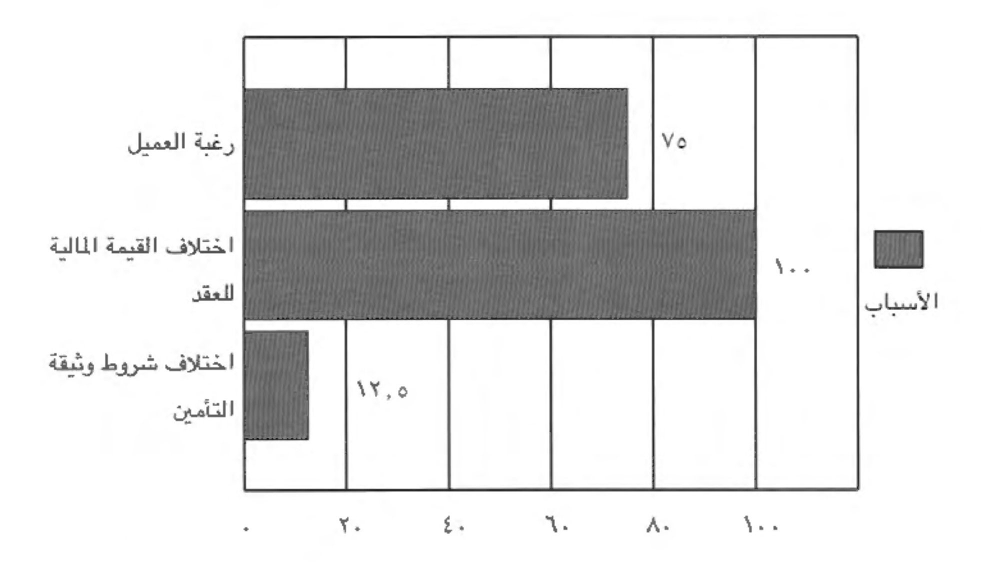
اختلاف شمولية التغطية	عدد المستشفيات	النسبة المئوية
نعم	٨	٨٨,٩
لا	١	١١,١
المجموع	٩	١٠٠

كما يبين الجدول رقم (١٢٠-٥) ، أن (٨٨,٩ ٪) من المستشفيات محل الدراسة والمشتركة حاليًا فى نظام للتأمين الصحى تفيد أن شمولية التغطية التأمينية تختلف باختلاف الجهات التى تتعاقد معها فى مقابل (١١,١ ٪) من هذه المستشفيات أفادت بنفى ذلك .

جدول رقم (١٢١-٥) توزيع المستشفيات المشاركة حاليًا فى نظام للتأمين الصحى وفقًا لأسباب اختلاف شمولية التغطية التأمينية التى تقدمها باختلاف الجهات التى تتعاقد معها ، الرياض ١٤٢٢هـ

أسباب الاختلاف	عدد المستشفيات (٪)*
رغبة العميل	٦ (٧٥,٠)
اختلاف القيمة المالية للعقد	٨ (١٠٠)
اختلاف شروط وثائق التأمين	١ (١٢,٥)
مجموع المستجيبين	**٨**

* المستشفى الواحد قد يقدم أكثر من سبب .



يتضح من الجدول رقم (١٢١-٥) والشكل المرافق له ، أن (١٠٠ ٪) من المستشفيات محل الدراسة والمشتركة حالياً في نظام للتأمين الصحي ويوجد لديها اختلاف في شمولية التغطية التأمينية باختلاف الجهات التي يتعاقدون معها ترجع سبب هذا الاختلاف إلى اختلاف القيمة المالية للعقد ، في حين أفادت (٧٥٪) من هذه المستشفيات أن السبب يرجع إلى رغبة العميل ، وأفادت (١٢,٥٪) منها أن السبب هو اختلاف شروط وثائق التأمين .

جدول رقم (١٢٢-٥) توزيع المستشفيات المشتركة حالياً في نظام للتأمين الصحي وفقاً لاختلاف شمولية التغطية بين منسوبي الجهة الواحدة من الجهات التي تتعاقد معها ، الرياض ١٤٢٢هـ

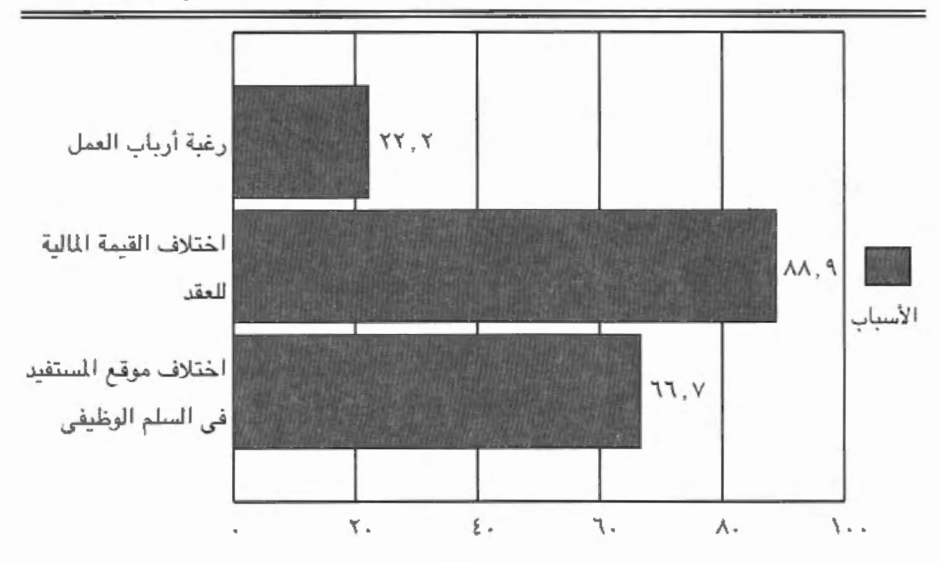
اختلاف شمولية التغطية	عدد المستشفيات	النسبة المئوية
نعم	٩	١٠٠
لا	٠	٠
المجموع	**٩**	**١٠٠**

يبين الجدول رقم (١٢٢-٥) ، أن (١٠٠ ٪) من المستشفيات محل الدراسة والمشتركة حالياً في نظام للتأمين الصحي تفيد أن شمولية التغطية التأمينية تختلف بين منسوبي الجهة الواحدة من الجهات التي تتعاقد معها .

جدول رقم (١٢٣-٥) توزيع المستشفيات المشاركة حالياً في نظام للتأمين الصحي وفقاً لأسباب اختلاف شمولية التغطية بين منسوبي الجهة الواحدة من الجهات التي تتعاقد معها ، الرياض ١٤٢٢هـ

أسباب الاختلاف	عدد المستشفيات (٪) *
رغبة أرباب العمل	٢ (٢٢,٢)
اختلاف القيمة المالية للعقد	٨ (٨٨,٩)
اختلاف موقع المستفيد في السلم الوظيفي لجهة عمله	٦ (٦٦,٧)
مجموع المستجيبين	**٩**

* يسمح بأكثر من اختيار .

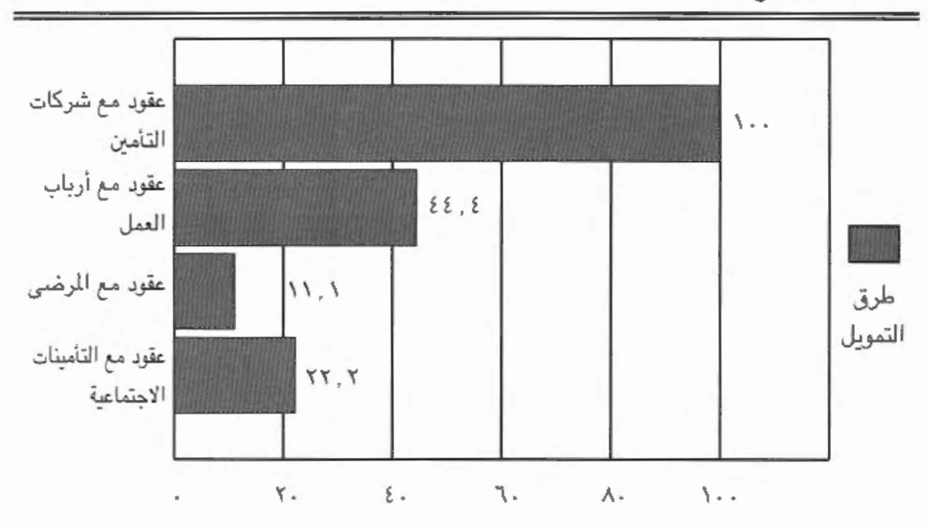


يوضح الجدول رقم (١٢٣-٥) والشكل المرافق له أن (٨٨,٩ ٪) من المستشفيات محل الدراسة والمشتركة حاليًا في نظام للتأمين الصحي أفادت بأن سبب اختلاف شمولية التغطية بين منسوبي الجهة الواحدة من الجهات التي تتعاقد معها يرجع إلى اختلاف القيمة المالية للعقد ، في حين أفادت (٦٦,٧٪) من هذه المستشفيات أن السبب يرجع إلى اختلاف موقع المستفيد في السلم الوظيفي لجهة عمله ، وأفادت (٢٢,٢ ٪) منها أن السبب هو رغبة أرباب العمل .

جدول رقم (١٢٤-٥) توزيع المستشفيات المشاركة حاليًا في نظام للتأمين الصحي وفقًا لطريقة تمويل خدمات التأمين الصحي التي تقدمها ، الرياض ١٤٢٢هـ

طريقة التمويل	عدد المستشفيات (٪) *
من خلال عقود مع شركات التأمين	٩ (١٠٠)
من خلال عقود مباشرة مع أصحاب العمل	٤ (٤٤,٤)
من خلال عقود مباشرة مع المرضى	١ (١١,١)
من خلال عقود مع التأمينات الاجتماعية	٢ (٢٢,٢)
مجموع المستجيبين	**٩**

* يسمح بأكثر من اختيار .



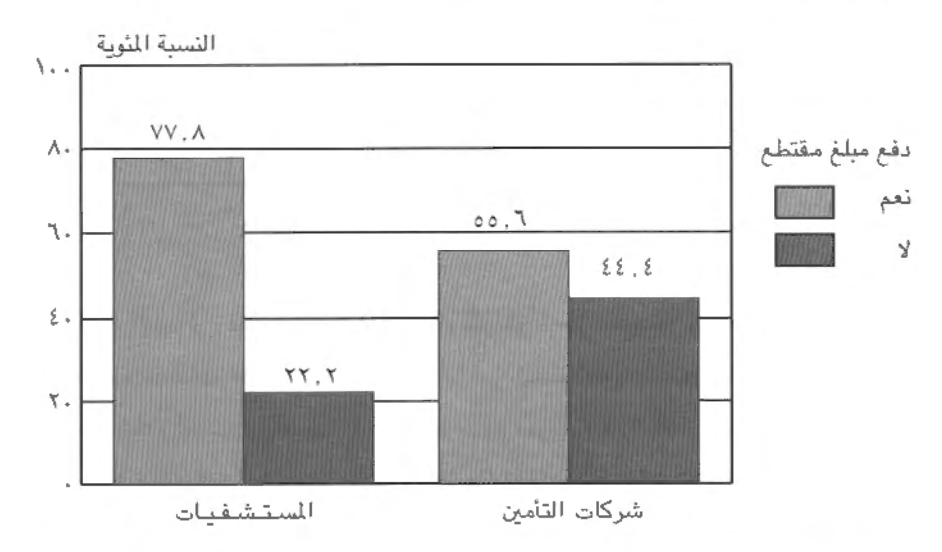
يوضح الجدول رقم (١٢٤-٥) والشكل المرافق له أن (١٠٠ ٪) من المستشفيات محل الدراسة والمشتركة حالياً فى نظام للتأمين الصحى أفادت بأن خدمات التأمين الصحى التى تقدمها تمول من خلال عقود مع شركات التأمين ، فى حين أفادت (٤٤,٤٪) من هذه المستشفيات بأن هذه الخدمات تمول من خلال عقود مباشرة مع أصحاب العمل . بالإضافة لذلك ، كانت طريقة التمويل من خلال عقود مع التأمينات الاجتماعية فى (٢٢,٢ ٪) من تلك المستشفيات وكانت من خلال عقود مباشرة مع المرضى فى (١١,١ ٪) منها .

جدول رقم (١٢٥-٥) توزيع المستشفيات المشتركة حالياً فى نظام للتأمين الصحى وفقاً لتحمل المريض مبلغاً قابلاً للاقتطاع بعد تجاوز التكلفة حداً معيناً ، الرياض ١٤٢٢هـ

دفع مبلغ قابل للاقتطاع	عدد المستشفيات	النسبة المئوية
المريض لا يدفع	٢	٢٢,٢
المريض يدفع	٧	٧٧,٨
المجموع	**٩**	**١٠٠**

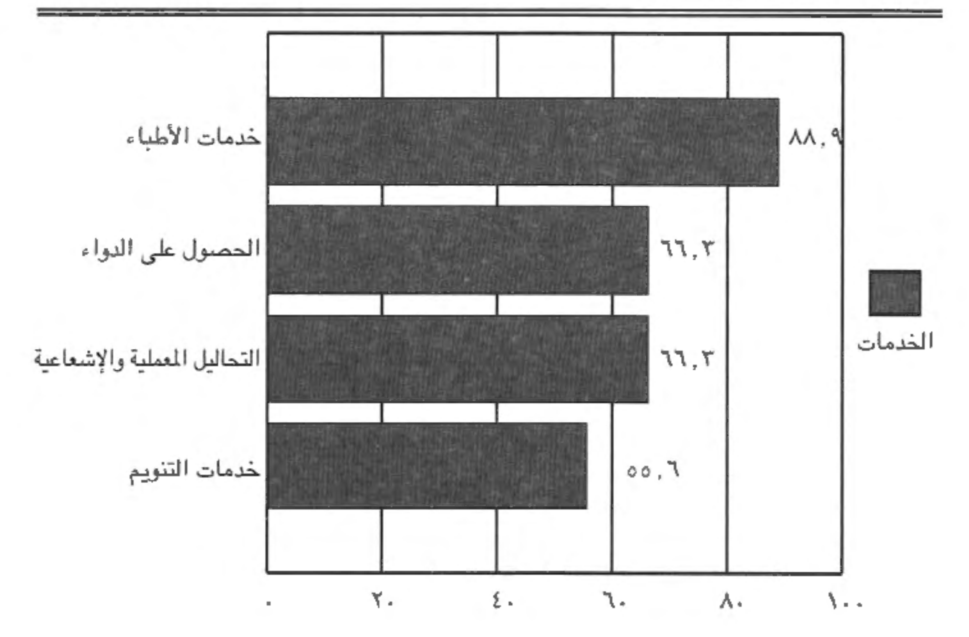
يبين الجدول رقم (١٢٥-٥) أن المريض لا يدفع مبلغًا قابلاً للاقتطاع بعد تجاوز التكلفة حداً معيناً فى (٢٢,٢ ٪) من المستشفيات محل الدراسة والمشتركة حاليًا فى نظام التأمين الصحى ، فى حين يدفع المريض هذا المبلغ فى (٧٧,٨ ٪) من تلك المستشفيات .

وبمقارنة هذه النتائج مع ما أفادت به الشركات بهذا الخصوص (جدول رقم ٩٣-٥) ومع الشكل المرافق يتضح أن نسبة الذين لا يدفعون هذا المبلغ وفقًا لاستجابات الشركات تصل إلى الضعف (٤٤,٤٪) ، وقد يرجع هذا الاختلاف إلى إقدام بعض المستشفيات على تحميل المريض هذه المبالغ على خلاف العقود مع شركات التأمين أو لصغر حجم عينة الدراسة .



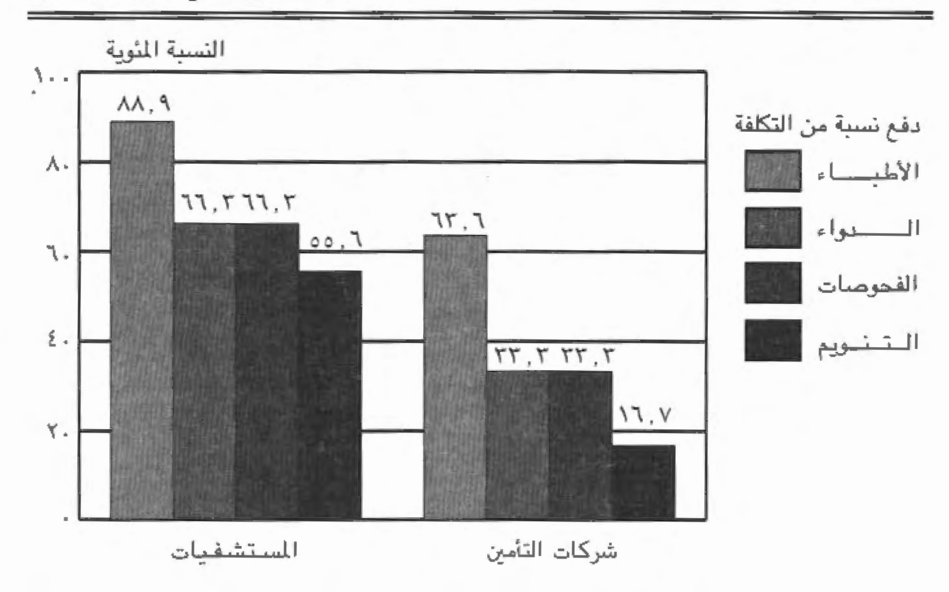
جدول رقم (١٢٦-٥) توزيع الشركات محل الدراسة وفقاً لتحمل المريض نسبة من التكلفة نظير الخدمات المقدمة ، الرياض ١٤٢٢هـ

دفع نسبة من التكلفة / الخدمة المقدمة	نعم		لا		المجموع	
	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪
خدمات الأطباء	٨	٨٨,٩	١	١١,١	٩	١٠٠
الحصول على الدواء	٦	٦٦,٣	٢	٣٣,٣	٩	١٠٠
التحاليل المعملية والإشعاعية	٦	٦٦,٣	٣	٣٣٣	٩	١٠٠
خدمات التنويم	٥	٥٥,٦	٤	٤٤,٤	٩	١٠٠



يوضح الجدول رقم (١٢٦-٥) والشكل المرافق له أن المريض يدفع نسبة من التكلفة نظير تقديم خدمات الأطباء فى (٨٨,٩ ٪) من المستشفيات محل الدراسة والمشتركة حالياً فى نظام للتأمين الصحى ، فى حين يدفع المريض هذه النسبة فى (٦٦,٣ ٪) من تلك المستشفيات للحصول على الدواء والتحاليل المعملية والإشعاعية ، وفى (٥٥,٦٪) منها للحصول على خدمات التنويم .

وبمقارنة ما تقدم مع ما أفادت به الشركات بهذا الصدد (جدول رقم ٩٤-٥) ومع الشكل المرفق يتضح أن من يدفعون نسبة من التكلفة نظير تقديم الخدمات الطبية وفقاً لآراء الشركات أقل بكثير وتصل إلى النصف فى حالة الحصول على الدواء والتحاليل المعملية والإشعاعية وأقل من ذلك بكثير فى حالة خدمات التنويم . وقد يرجع هذا الاختلاف مرة أخرى إلى إقدام بعض المستشفيات على تحميل المريض هذه المبالغ على خلاف العقود مع شركات التأمين أو لصغر حجم عينة الدراسة .



جدول رقم (١٢٧-٥) توزيع المستشفيات المشتركة حالياً فى نظام للتأمين الصحى وفقاً لاسترداد تكاليف خدمات التأمين الصحى فى فترة مقبولة ، الرياض ١٤٢٢هـ

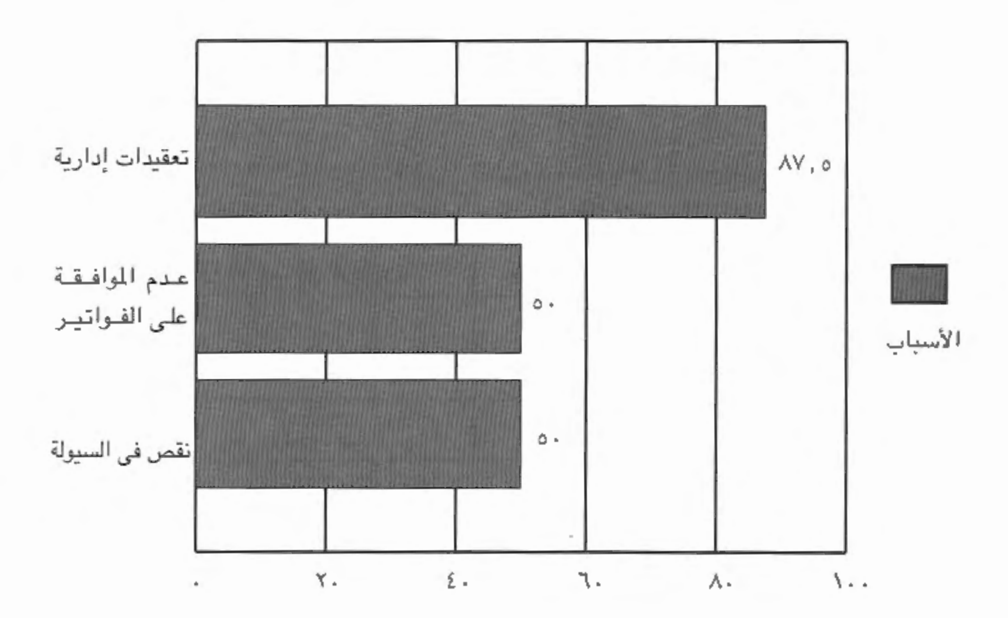
يتم الاسترداد في فترة مقبولة	عدد المستشفيات	النسبة المئوية
نعم	١	١١,١
لا	٨	٨٨,٩
المجموع	**٩**	**١٠٠**

يمثل استرداد تكاليف الخدمات التى تقدمها المستشفيات تحت مظلة النظم التأمينية الحالية مشكلة لهذه المستشفيات ، حيث يبين الجدول رقم (١٢٧-٥) أن (٨٨,٩ ٪) من المستشفيات محل الدراسة والمشتركة حالياً فى نظام للتأمين الصحى أفادت بأنه لا يتم استرداد تكاليف خدمات التأمين الصحى فى فترة زمنية مقبولة ، فى حين أفاد (١١,١ ٪) من هذه المستشفيات بالإيجاب .

جدول رقم (١٢٨-٥) توزيع المستشفيات المشاركة حالياً فى نظام للتأمين الصحى وفقاً لآرائهم حول أسباب التأخير فى استرداد تكاليف هذه الخدمات، الرياض ١٤٢٢هـ

أسباب التأخير	عدد المستشفيات (٪)**
تعقيدات إدارية	٧ (٨٧,٥)
عدم الموافقة على قيمة الفواتير	٤ (٥٠,٠)
نقص فى السيولة لدى الجهة التى يتم التعامل معها	٤ (٥٠,٠)
مجموع المستجيبين	٨*

* عدد غير المستجيبين = ١ . ** يسمح بأكثر من اختيار .



كما يوضح الجدول رقم (١٢٨-٥) والشكل المرافق له ، أن (٨٧,٥ ٪) من المستشفيات محل الدراسة والمشتركة حاليًا فى نظام للتأمين الصحى أفادت بأن أسباب التأخير فى استرداد تكاليف خدمات التأمين الصحى التى تقدمها ترجع إلى

تعقيدات إدارية لدى الجهات المتعاقدة معها ، في حين كانت الأسباب عدم الموافقة على قيمة الفواتير أو نقص في السيولة لدى الجهة التي يتم التعامل معها وفقًا لآراء (٥٠,٠ ٪) من هذه المستشفيات .

جدول رقم (١٢٩-٥) توزيع المستشفيات المشتركة حالياً في نظام للتأمين الصحي وفقاً لآرائهم حول وجود مستحقات مالية خاصة بخدمات التأمين الصحي لا يتم استردادها ، الرياض ١٤٢٢هـ

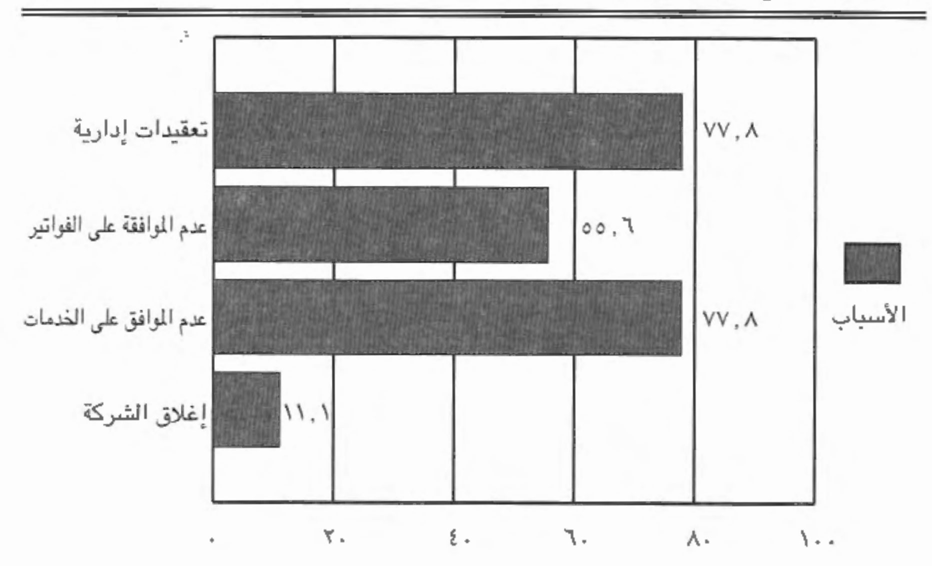
وجود مستحقات مالية لا يتم استردادها	عدد المستشفيات	النسبة المئوية
نعم	٨	٨٨,٩
لا	١	١١,١
المجموع	**٩**	**١٠٠**

يبين الجدول رقم (١٢٩-٥) أن (٨٨,٩ ٪) من المستشفيات محل الدراسة والمشتركة حاليًا في نظام للتأمين الصحي أفادت بوجود مستحقات مالية خاصة بخدمات التأمين الصحي لا يتم استردادها مما يؤكد على وجود مشكلات تتعلق باسترداد تكاليف الخدمات التي تقدمها المستشفيات تحت مظلة النظم التأمينية الحالية .

جدول رقم (١٣٠-٥) توزيع المستشفيات المشتركة حالياً في نظام للتأمين الصحي وفقاً لآرائهم حول أسباب عدم استردادهم لمستحقاتهم المالية الخاصة بخدمات التأمين الصحي ، الرياض ١٤٢٢هـ

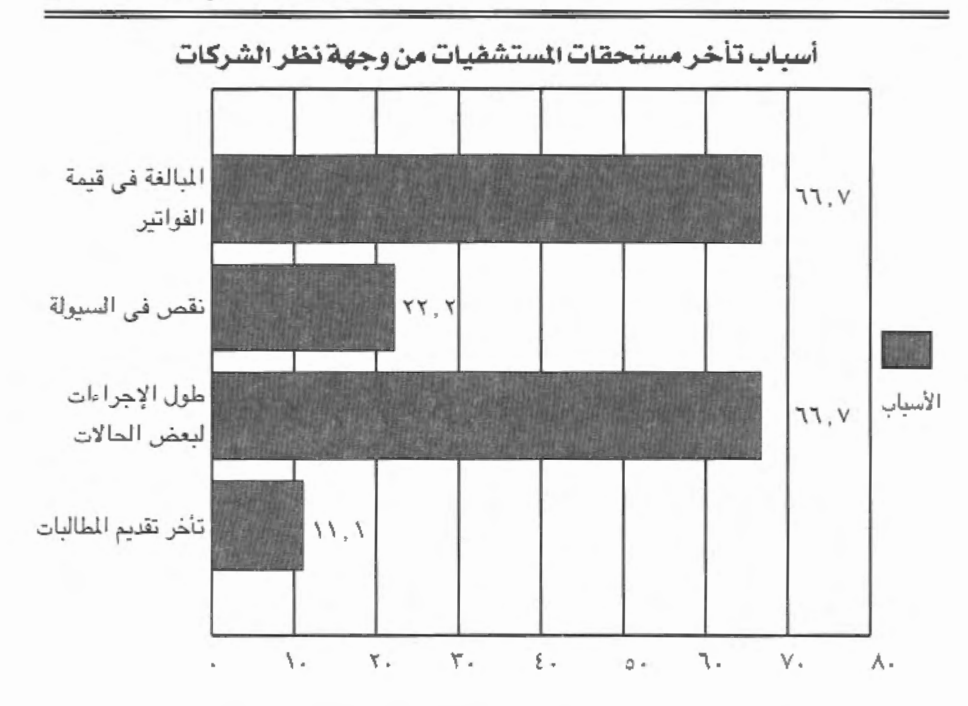
أسباب عدم استرداد المستحقات المالية	عدد المستشفيات (٪)*
تعقيدات إدارية	٧ (٧٧,٨)
عدم الموافقة على قيمة الفواتير	٥ (٥٥,٦)
عدم الموافقة على الخدمات المقدمة من قبل المستشفى	٧ (٧٧,٨)
إغلاق الشركة التي يتم التعامل معها	١ (١١,١)
مجموع المستجيبين	**٩**

* المستشفى الواحد قد تقدم أكثر من سبب .



كـــمـــا يوضح الجـــدول رقم (١٣٠-٥) والشكل المرافق له ، أن (٧٧,٨٪) من المستشفيات محل الدراسة والمشتركة حاليًا فى نظام للتأمين الصحى أفادت بأن سبب عدم استردادهم لمستحقاتهم المالية الخاصة بتكاليف خدمات التأمين الصحى التى تقدمها يرجع إلى تعقيدات إدارية لدى الجهات التى يتعاقدون معها أو لعدم الموافقة على الخدمات المقدمة من قبل المستشفى ، فى حين كان السبب فى عدم الموافقة على قيمة الفواتير فى (٥٥,٦ ٪) من الاستجابات وإغلاق الشركة التى كان يتم التعامل معها فى حالة واحدة (تمثل ١١,١ ٪ من مجموع المستشفيات) .

وبمقارنة هذه النتائج مع ما أفادت به الشركات بهذا الخصوص (جدول رقم ١٠٦-٥) ومع الشكل المرافق يتبين اختلاف آراء كلٍّ من المستشفيات وشركات التأمين حول أسباب تأخر المستحقات المالية للأولى ، حيث أشار (٦٦,٧٪) من الشركات أن أسباب التأخر فى سداد مستحقات المستشفيات ترجع إلى المبالغة فى قيمة الفواتير وطول الإجراءات الإدارية المرتبطة ببعض الحالات ؛ وذلك بالمخالفة لآراء المستشفيات مما يدل على نقص التنسيق بين المستشفيات وشركات التأمين بهذا الخصوص .



جدول رقم (١٣١-٥) توزيع المستشفيات المشتركة حالياً فى نظام للتأمين الصحى وفقاً لإمكانية اختيار المرضى للطبيب المعالج، الرياض ١٤٢٢هـ

اختيار المرضى للطبيب المعالج	عدد المستشفيات	النسبة المئوية
نعم	٨	٨٨,٩
لا	١	١١,١
المجموع	**٩**	**١٠٠**

يوضح الجدول رقم (١٣١-٥) ، أن (٨٨,٩ ٪) من المستشفيات محل الدراسة والمشتركة حاليًا فى نظام للتأمين الصحى أفادت بأن فى إمكان المرضى اختيار الطبيب المعالج ، فى حين نفت ذلك (١١,١ ٪) من تلك المستشفيات .

جدول رقم (١٣٢-٥) توزيع المستشفيات المشتركة حاليا فى نظام للتأمين الصحى وفقًا لحدوث مشكلات مع المرضى الخاضعين لهذا النظام ، الرياض ١٤٢٢هـ

حدوث مشكلات مع المرضى	عدد المستشفيات	النسبة المئوية
نعم	٧	٧٧,٨
لا	٢	٢٢,٢
المجموع	٩	١٠٠

يوضح الجدول رقم (١٣٢-٥) أن (٧٧,٨ ٪) من المستشفيات محل الدراسة والمشتركة حاليًا فى نظام للتأمين الصحى أفادت بحدوث مشكلات مع المرضى الخاضعين لهذا النظام فى مقابل (٢٢,٢ ٪) من تلك المستشفيات أفادت بعدم حدوث مشكلات .

جدول رقم (١٣٣-٥) توزيع المستشفيات المشتركة حاليًا فى نظام للتأمين الصحى وفقًا لآرائهم حول أسباب المشكلات التى تحدث مع المرضى الخاضعين لهذا النظام ، الرياض ١٤٢٢هـ

أسباب المشكلات التى تحدث مع المرضى	عدد المستشفيات (٪)*
توقعات أعلى من الواقع بالنسبة لشمولية التغطية	٧ (١٠٠,٠)
تذمر من الإجراءات الإدارية	٥ (٧١,٤)
تذمر من الدفعات الإضافية	٥ (٧١,٤)
مجموع المستجيبين	٧

* المستشفى الواحد قد تقدم أكثر من مشكلة .

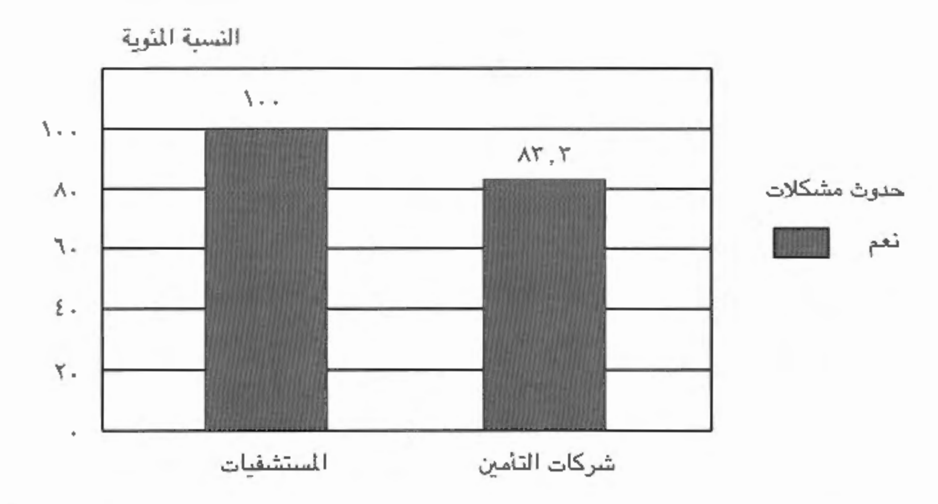
يوضح الجدول رقم (١٣٣-٥) ، أن (١٠٠,٠ ٪) من المستشفيات محل الدراسة والمشتركة حاليًا فى نظام للتأمين الصحى أفادت أن سبب المشكلات هى التوقعات الأعلى من الواقع بالنسبة لشمولية التغطية ، فى حين أفادت (٧١,٤ ٪) من تلك المستشفيات بأن السبب هو تذمر من الإجراءات الإدارية أو تذمر من الدفعات الإضافية .

جدول رقم (١٣٤-٥) توزيع المستشفيات المشتركة حالياً فى نظام للتأمين الصحى وفقاً لحدوث مشكلات مع الجهات المتعاقد معها ، الرياض ١٤٢٢هـ

حدوث مشكلات مع الجهات المتعاقد معها	عدد المستشفيات	النسبة المئوية
نعم	٩	١٠٠
لا	.	.
المجموع	**٩**	**١٠٠**

يوضح الجدول رقم (١٣٤-٥) ، أن (١٠٠,٠ ٪) من المستشفيات محل الدراسة والمشتركة حالياً فى نظام للتأمين الصحى أفادت بحدوث مشكلات مع الجهات المتعاقد معها .

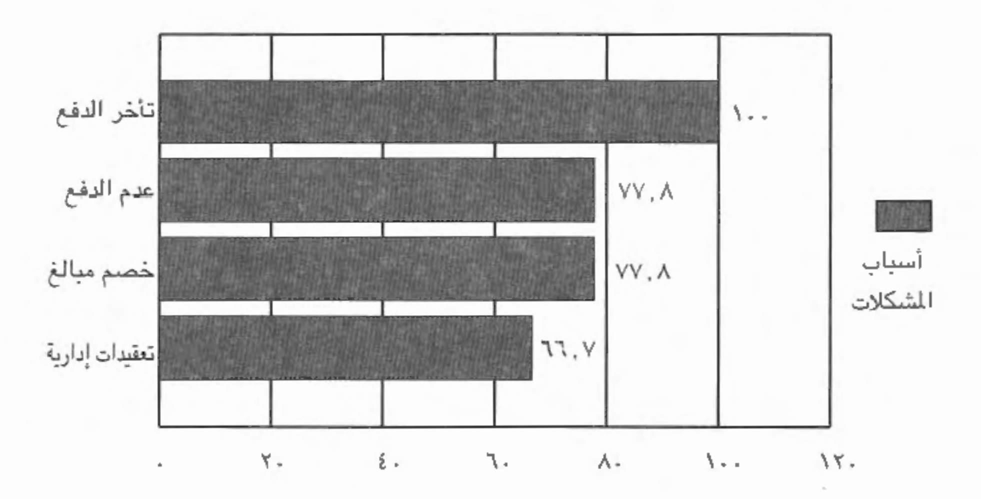
وبمقارنة هذه النتائج مع ما أفادت به الشركات بهذا الصدد (جدول رقم ٩٩-٥) ومع الشكل المرافق يتبين أن الشركات أقل إدراكاً لحدوث المشكلات وفقاً لما أفادت به ، وقد يرجع ذلك لضعف التنسيق بين المستشفيات وشركات التأمين بهذا الخصوص أو لصغر حجم عينة الدراسة .



جدول رقم (١٣٥-٥) توزيع المستشفيات المشتركة حالياً فى نظام للتأمين الصحى وفقاً لآرائهم حول أسباب المشكلات التى تحدث مع الجهات المتعاقد معها، الرياض ١٤٢٢هـ

أسباب المشكلات التى تحدث مع الجهات المتعاقد معها	عدد المستشفيات (٪) *
التأخر فى دفع المطالبات المالية	٩ (١٠٠)
عدم دفع بعض المطالبات المالية	٧ (٧٧,٨)
خصم مبالغ من المستحقات المالية	٧ (٧٧,٨)
تعقيدات إدارية	٦ (٦٦,٧)
مجموع المستجيبين	**٩**

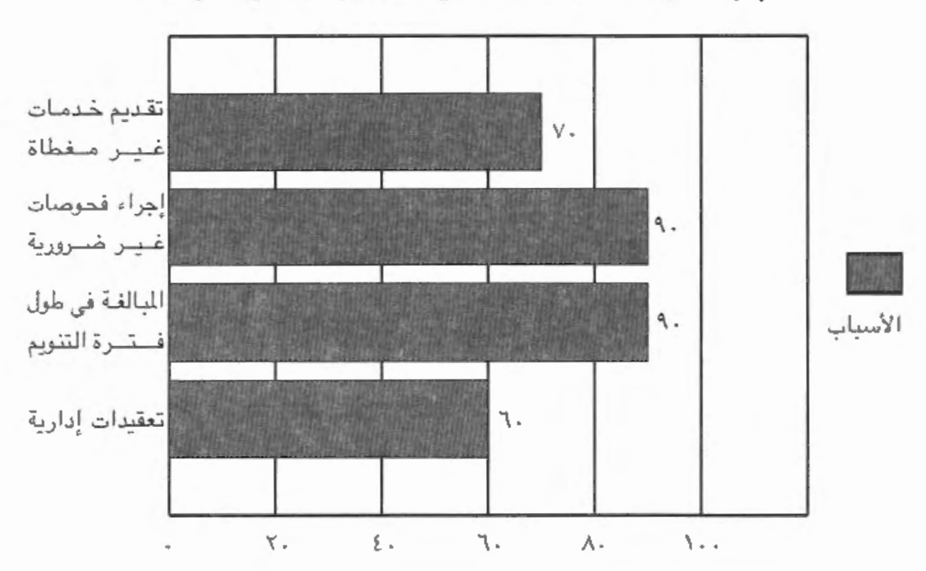
* المستشفى الواحد قد تقدم أكثر من سبب .



يوضح الجدول رقم (١٣٥-٥) والشكل المصاحب له ، أن (١٠٠,٠ ٪) من المستشفيات محل الدراسة والمشتركة حالياً فى نظام للتأمين الصحى أفادت أن سبب المشكلات التى تحدث مع الجهات المتعاقد معها هو التأخر فى دفع المطالبات المالية ، فى حين أفادت (٧٧,٨٪) من تلك المستشفيات بأن الأسباب هى عدم دفع بعض المطالبات المالية أو خصم مبالغ من المستحقات المالية ، وأفادت (٦٦,٧ ٪) منها بأن السبب هو تعقيدات إدارية .

وبمقارنة هذه النتائج مع ما أفادت به شركات التأمين بهذا الخصوص (جدول رقم ١٠٠-٥) ومع الشكل المرافق يتبين عدم اتفاق كل من المستشفيات والشركات حول أسباب المشكلات ، فبالنسبة للشركات كان السبب الأول للمشكلات (بنسبة ٩٠٪) هو إجراء فحوصات لا يحتاجها المريض والمبالغة في طول فترة التنويم ، وتلا ذلك تقديم خدمات للمرضى لا يغطيها التأمين (بنسبة ٧٠٪) وذلك بالخلاف لما أفادت به المستشفيات ، وقد يرجع ذلك لضعف التنسيق بين كل من المستشفيات وشركات التأمين فيما يتعلق بحل المشكلات التي تنشأ بينهم .





جدول رقم (١٣٦-٥) توزيع المستشفيات المشتركة حالياً في نظام للتأمين الصحي وفقاً لوجود إجراءات خاصة بمرضى هذا النظام ، الرياض ١٤٢٢هـ

وجود إجراءات خاصة	عدد المستشفيات	النسبة المئوية
نعم	٩	١٠٠
لا	٠	٠
المجموع	٩	١٠٠

يوضح الجدول رقم (١٣٦-٥) ، أن (١٠٠,٠ ٪) من المستشفيات محل الدراسة والمشتركة حاليًا فى نظام للتأمين الصحي أفادت بوجود إجراءات خاصة للمرضى الخاضعين لهذا النظام .

جدول رقم (١٣٧-٥) توزيع المستشفيات المشتركة حالياً فى نظام للتأمين الصحى وفقاً لآرائهم حول نوعية الإجراءات الخاصة التى تتبع مع مرضى التأمين الصحى ، الرياض ١٤٢٢هـ

نوعية الإجراءات الخاصة	عدد المستشفيات (٪) *
تعبئة نماذج خاصة	٩ (١٠٠)
طلب الموافقة المسبقة على بعض الخدمات أو الحدود المالية	٣ (٣٣,٣)
مجموع المستجيبين	**٩**

* المستشفى الواحد قد تتبع أكثر من إجراء .

كما يوضح الجدول رقم (١٣٧-٥) ، أن (١٠٠,٠ ٪) من المستشفيات محل الدراسة والمشتركة حاليًا فى نظام للتأمين الصحى أفادت أن على المرضى الخاضعين لهذا النظام تعبئة نماذج خاصة ، فى حين أفادت (٣٣,٣ ٪) من تلك المستشفيات أنهم يطلبون الموافقة المسبقة على بعض الخدمات أو الحدود المالية من قبل الجهات التى يتعاقدون معها .

جدول رقم (١٣٨-٥) توزيع المستشفيات المشتركة حالياً فى نظام للتأمين الصحى وفقاً لنسبة معاملاتها التأمينية إلى إجمالى النشاط ، الرياض ١٤٢٢هـ

نسبة المعاملات التأمينية	عدد المستشفيات	النسبة المئوية
أقل من ٥٠٪	٥	٥٥,٦
٥٠٪ فأكثر	٤	٤٤,٤
المجموع	**٩**	**١٠٠**

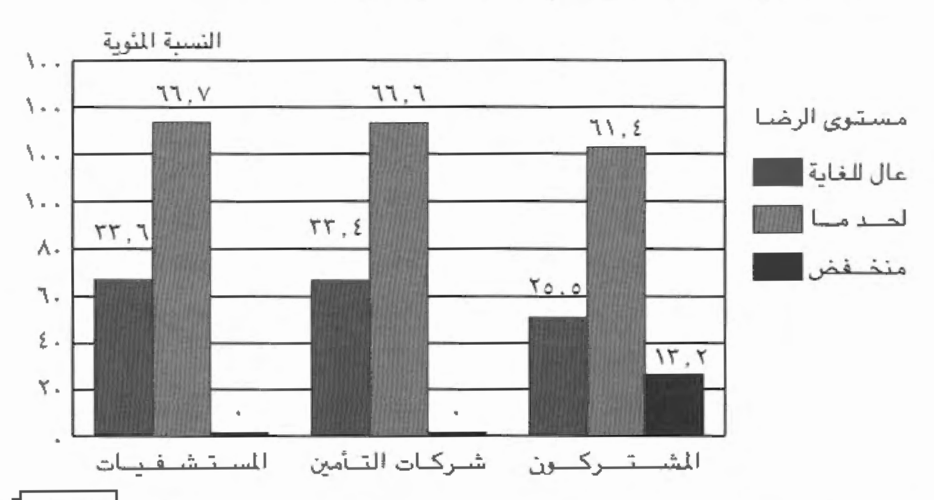
يوضح الجدول رقم (١٣٨-٥) أن نسبة المعاملات التأمينية إلى إجمالى النشاط تقل عن (٥٠,٠٪) فى (٥٥,٦ ٪) من المستشفيات محل الدراسة والمشتركة حاليًا فى نظام للتأمين الصحى ، فى حين تزيد نسبة المعاملات التأمينية عن (٥٠,٠ ٪) فى (٤٤,٤ ٪) من هذه المستشفيات .

جدول رقم (١٣٩-٥) توزيع المستشفيات المشتركة حالياً فى نظام للتأمين الصحى وفقاً لآرائهم حول مستوى رضا المشتركين عن جودة الخدمات المقدمة ، الرياض ١٤٢٢هـ

مستوى رضا المشتركين عن جودة الخدمات	عدد المستشفيات	النسبة المئوية
عال للغاية	٣	٣٣,٣
عال إلى حد ما	٦	٦٦,٧
منخفض	٠	٠
المجموع	٧	١٠٠

يبين جدول رقم (١٣٩-٥) ، أن (٣٣,٣ ٪) من المستشفيات محل الدراسة والمشتركين حالياً فى نظام للتأمين الصحى أفادت أن مستوى رضا المرضى المشتركين فى هذا النظام عن جودة الخدمات المقدمة عال للغاية ، فى حين أفاد (٦٦,٧ ٪) من تلك المستشفيات بأن مستوى رضا هؤلاء المرضى عال إلى حد ما ، ولم يفد أى من المستشفيات محل الدراسة عن وجود مستوى رضا منخفض .

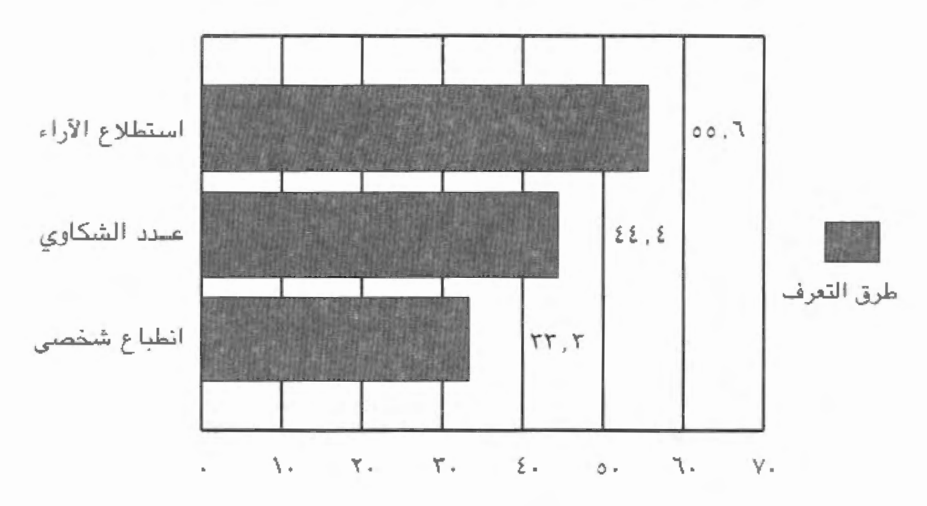
وبمقارنة هذه النتائج مع ما أفادت به الشركات بهذا الخصوص (جدول رقم ١٠٣-٥) ومع ما أفاد به المشتركون حالياً فى نظم للتأمين الصحى بخصوص الرضا عن النظام التأمينى الصحى بشكل عام (جدول رقم ١٧-٥) ، ومع الشكل المرافق يتبين عدم إدراك كل من المستشفيات وشركات التأمين لشريحة من المشتركين غير الراضين عن النظام التأمينى الصحى بشكل عام تصل نسبتها إلى (١٣,٢٪) .



جدول رقم (١٤٠-٥) توزيع المستشفيات المشتركة حالياً فى نظام للتأمين الصحى وفقاً لطرق التوصل لآراء المشتركين فى هذا النظام حول مستوى رضاهم عن جودة الخدمات المقدمة لهم ، الرياض ١٤٢٢هـ

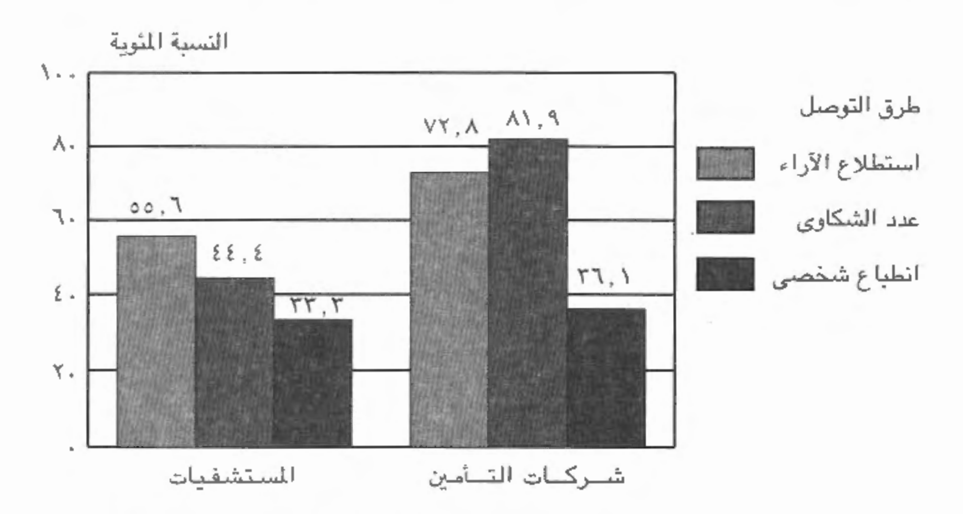
طرق التوصل لآراء المشتركين	عدد المستشفيات (٪) *
استطلاع آراء المشتركين فى النظام	٥ (٥٥,٦)
عدد الشكاوى	٤ (٤٤,٤)
انطباع شخصى	٣ (٣٣,٣)
مجموع المستجيبين	**٩**

* المستشفى الواحد قد تستخدم أكثر من طريقه .



يبين جدول رقم (١٤٠–٥) والشكل المرافق له أن (٥٥,٦ ٪) من المستشفيات محل الدراسة والمشتركين حالياً فى نظام للتأمين الصحى استطلعت آراء المرضى المشاركين فى هذا النظام للتوصل لآرائهم حول مدى رضاهم عن الخدمات التى يقدمونها ، فى حين أفاد (٤٤,٤٪) من تلك المستشفيات أنها اعتمدت على عدد الشكاوى للتوصل لهذه النتيجة ، كما أفاد (٣٣,٣٪) منها أنها توصلت لآراء هؤلاء المرضى عن طريق الانطباع الشخصى .

وبمقارنة هذه النتائج مع ما أفادت به الشركات بهذا الخصوص (جدول رقم ١٠٤-٥) ومع الشكل المرافق يتبين أن نسبة كبيرة من المستشفيات والشركات (٣٣,٣٪ و٣٦,١٪ على التوالى) قد اعتمدت على الانطباع الشخصى للتعرف على مستوى رضا المشتركين حاليا فى نظم للتأمين الصحى مما نتج عنه عدم دقة ما توصلوا إليه من نتائج بهذا الخصوص وعدم التعرف على نسبة غير الراضين كما تم بيانها فيما سبق .



جدول رقم (١٤١-٥) توزيع المستشفيات المشتركة حالياً فى نظام للتأمين الصحى وفقاً لوجود معايير إكلينيكية مكتوبة للخدمات التى تقدمها ، الرياض ١٤٢٢هـ

وجود معايير إكلينيكية مكتوبة	عدد المستشفيات	النسبة المئوية
نعم	٧	٨٧,٥
لا	١	١٢,٥
المجموع	**٨ ***	**١٠٠**

* عدد غير المستجيبين = ١ .

يوضح الجدول رقم (١٤١-٥) والشكل المصاحب له ، أن (٨٧,٥ ٪) من المستشفيات محل الدراسة والمشتركين حالياً فى نظام للتأمين الصحى أفادت بوجود معايير إكلينيكية مكتوبة للخدمات التى يقدمونها ، فى حين نفى ذلك (١٢,٥٪) من تلك المستشفيات .

جدول رقم (١٤٢-٥) توزيع المستشفيات المشتركة حالياً فى نظام للتأمين الصحى وفقاً لوجود معايير إجرائية مكتوبة للخدمات التى تقدمها ، الرياض ١٤٢٢هـ

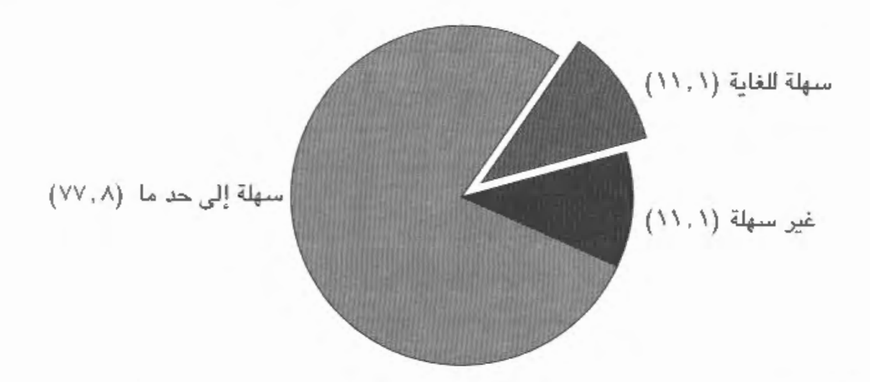
وجود معايير إجرائية مكتوبة	عدد المستشفيات	النسبة المئوية
نعم	٨	١٠٠
لا	٠	٠
المجموع	**٨***	**١٠٠**

* عدد غير المستجيبين = ١ .

كما يوضح الجدول رقم (١٤٢-٥) ، أن (١٠٠,٠٪) من المستشفيات محل الدراسة والمشتركين حاليًا فى نظام للتأمين الصحي أفادت بوجود معايير إجرائية مكتوبة للخدمات التى تقدمها .

جدول رقم (١٤٣-٥) توزيع المستشفيات المشتركة حالياً فى نظام للتأمين الصحى وفقاً لآرائهم حول سهولة إجراءات تقديم الخدمة للمرضى المشتركين فى هذا النظام ، الرياض ١٤٢٢هـ

سهولة إجراءات تقديم الخدمة	عدد المستشفيات	النسبة المئوية
سهلة للغاية	١	١١,١
سهلة إلى حد ما	٧	٧٧,٨
غير سهلة	١	١١,١
المجموع	**٩**	**١٠٠**

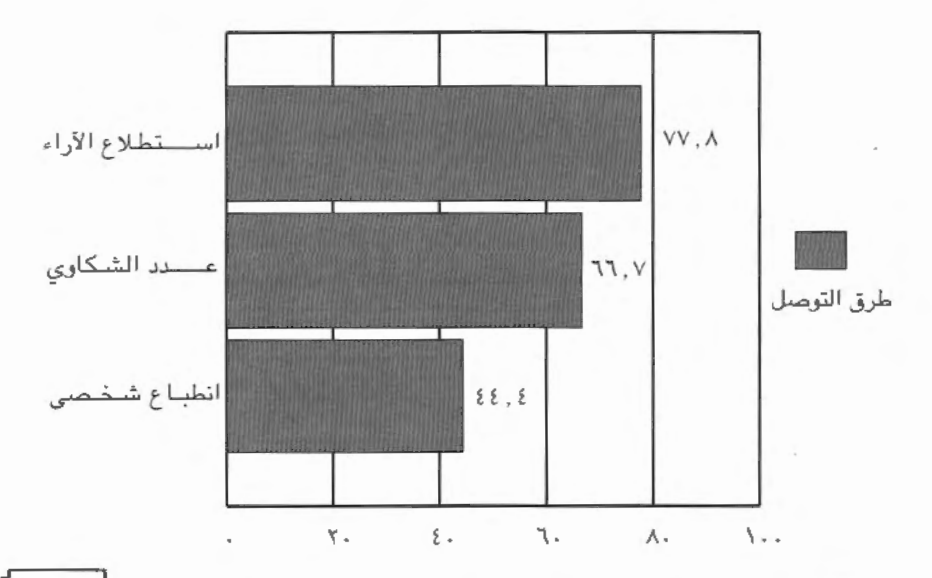


يوضح الجدول رقم (١٤٣-٥) والشكل المصاحب له ، أن (١١,١ ٪) من المستشفيات محل الدراسة والمشتركين حاليًا فى نظام للتأمين الصحى أفادت أن إجراءات تقديم الخدمة لمرضى هذا النظام سهلة للغاية ، فى حين أفادت (٧٧,٨ ٪) من تلك المستشفيات أن هذه الإجراءات سهلة إلى حد ما ، وأفادت (١١,١ ٪) منها أن إجراءات تقديم الخدمة لمرضى هذا النظام غير سهلة .

جدول رقم (١٤٤-٥) توزيع المستشفيات المشتركة حالياً فى نظام للتأمين الصحى وفقاً لطرق التوصل لآراء المشتركين فى هذا النظام حول مستوى رضاهم عن إجراءات تقديم الخدمات المقدمة لهم ، الرياض ١٤٢٢هـ

طرق التوصل لآراء المشتركين	عدد المستشفيات (٪) *
استطلاع آراء المشتركين في النظام	٧ (٧٧,٨)
عدد الشكاوى	٦ (٦٦,٧)
انطباع شخصى	٤ (٤٤,٤)
مجموع المستجيبين	**٩**

* المستشفى الواحد قد يستخدم أكثر من طريقة .



يبين جدول رقم (١٤٤-٥) والشكل المرافق له ، أن (٧٧,٨ ٪) من المستشفيات محل الدراسة والمشتركين حالياً فى نظام للتأمين الصحى أفادت أنهم توصلوا لآراء المرضى المشاركين فى هذا النظام عن طريق استطلاع آرائهم ، فى حين أفاد (٦٦,٧ ٪) من تلك المستشفيات أنها اعتمدت على عدد الشكاوى للتوصل لهذه النتيجة ، كما أفاد (٤٤,٤٪) منها أنها توصلت لآراء هؤلاء المرضى عن طريق الانطباع الشخصى .

جدول رقم (١٤٥-٥) توزيع المستشفيات المشتركة حالياً فى نظام للتأمين الصحى وفقاً لآرائهم حول رضا المرضى المشتركين فى هذا النظام عن الخدمات التى تقدم لهم بالمستشفى بوجه عام ، الرياض ١٤٢٢هـ

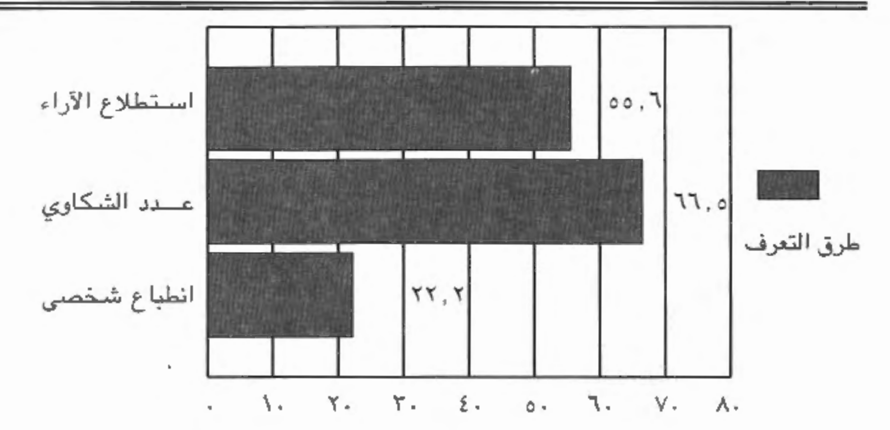
رضا المرضى عن الخدمات المقدمة لهم	عدد المستشفيات	النسبة المئوية
راضون للغاية	٢	٢٢,٢
راضون إلى حد ما	٧	٧٧,٨
غير راضين	٠	٠
المجموع	**٩**	**١٠٠**

يوضح الجدول رقم (١٤٥-٥) أن (٢٢,٢ ٪) من المستشفيات المشتركة حاليًا فى نظام للتأمين الصحى أفادت بأن المرضى المشتركين فى هذا النظام راضون تماماً بوجه عام عن الخدمات التى تقدمها لهم المستشفى ، فى حين أفاد (٧٧,٨ ٪) من تلك المستشفيات أن هؤلاء المرضى راضون إلى حد ما ، ولم تفد أى من المستشفيات عن وجود مرضى غير راضين عن الخدمات التى تقدم لهم .

جدول رقم (١٤٦-٥) توزيع المستشفيات المشتركة حالياً فى نظام للتأمين الصحى وفقا لطرق التوصل لآراء المشتركين فى هذا النظام حول رضاهم عن الخدمات التى تقدم لهم بالمستشفى بوجه عام ، الرياض ١٤٢٢هـ

طرق التوصل لآراء المشتركين	عدد المستشفيات (٪)**
استطلاع آراء المشتركين في النظام	٥ (٥٥,٦)
عدد الشكاوى	٦ (٦٦,٧)
انطباع شخصى	٢ (٢٢,٢)
مجموع المستجيبين	**٩**

** المستشفى الواحد قد يستخدم أكثر من طريقة .



كما يبين جدول رقم (١٤٦-٥) والشكل المصاحب له ، أفادت (٥٥,٦ ٪) من المستشفيات المشتركة حاليًا فى نظام للتأمين الصحى أنهم استطلعوا آراء المرضى المشتركين فى هذا النظام للتعرف على مدى رضاهم عن الخدمات التى تقدمها لهم المستشفى ، في حين أفادت (٦٦,٧٪) من تلك المستشفيات باعتمادها على عدد الشكاوى للتعرف علي أراء المرضي بهذا الصدد ، وأفاد (٢٢,٢ ٪) منهم باعتمادهم فى هذا الشأن على الانطباع الشخصى .

جدول رقم (١٤٧-٥) توزيع المستشفيات المشتركة حاليا فى نظام للتأمين الصحى وفقا لوجود سوء استخدام للخدمات المتاحة من قبل مرضى هذا النظام ، الرياض ١٤٢٢هـ

وجود سوء استخدام للخدمات	عدد المستشفيات	النسبة المئوية
نعم	٧	٨٧,٥
لا	١	١٢,٥
المجموع	٨*	١٠٠

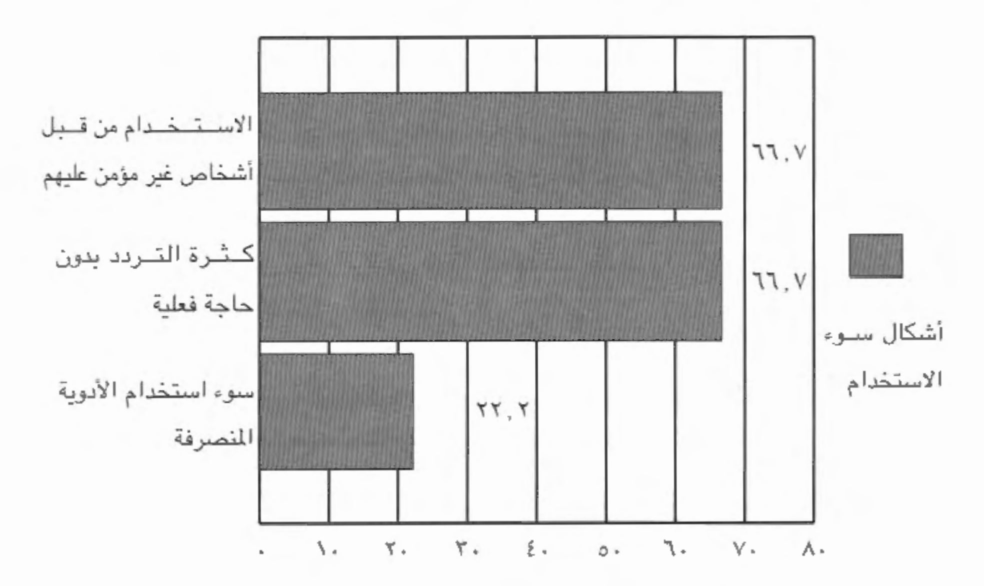
* عدد غير المستجيبين = ١ .

يوضح الجدول رقم (١٤٧-٥) أن (٨٧,٥ ٪) من المستشفيات المشتركة حاليًا فى نظام للتأمين الصحى أفادت بوجود سوء استخدام للخدمات التى تقدمها للمرضى المشتركين فى هذا النظام ، فى حين أفادت (١٢,٥ ٪) من تلك المستشفيات بعدم وجود سوء استخدام للخدمات .

جدول رقم (١٤٨-٥) توزيع المستشفيات المشتركة حالياً فى نظام للتأمين الصحى وفقاً لأشكال سوء استخدام الخدمات من قبل مرضى هذا النظام، الرياض ١٤٢٢هـ

أشكال سوء استخدام الخدمات	عدد المستشفيات (٪) **
استخدام التأمين من قبل أشخاص غير مؤمن عليهم	٦ (٦٦,٧)
كثرة التردد على العيادات بدون حاجة فعلية	٦ (٦٦,٧)
سوء استخدام الأدوية المنصرفة	٢ (٢٢,٢)
مجموع المستجيبين	**٩**

** المستشفى الواحد قد يفيد بأكثر من استجابة .



يوضح الجدول رقم (١٤٨-٥) والشكل المصاحب له ، أن (٦٦,٧ ٪) من المستشفيات المشتركة حاليًا فى نظام للتأمين الصحى أفادت أن أشكال سوء استخدام الخدمات من قبل المرضى الخاضعين لهذا النظام تتمثل فى استخدام التأمين من قبل أشخاص غير مؤمن عليهم وكثرة التردد على العيادات بدون حاجة فعلية لذلك ، فى حين أفاد (٢٢,٢ ٪) من تلك المستشفيات بسوء استخدام الأدوية المنصرفة .

جدول رقم (١٤٩-٥) توزيع المستشفيات محل الدراسة وفقاً لإمكانية اشتراكها في نظام الضمان الصحي التعاوني عند تطبيقه ، الرياض ١٤٢٢هـ

إمكانية الاشتراك	عدد المستشفيات	النسبة المئوية
نعم	١٥	٧٨,٩
لا	٤	٢١,١
المجموع	***١٩**	**١٠٠**

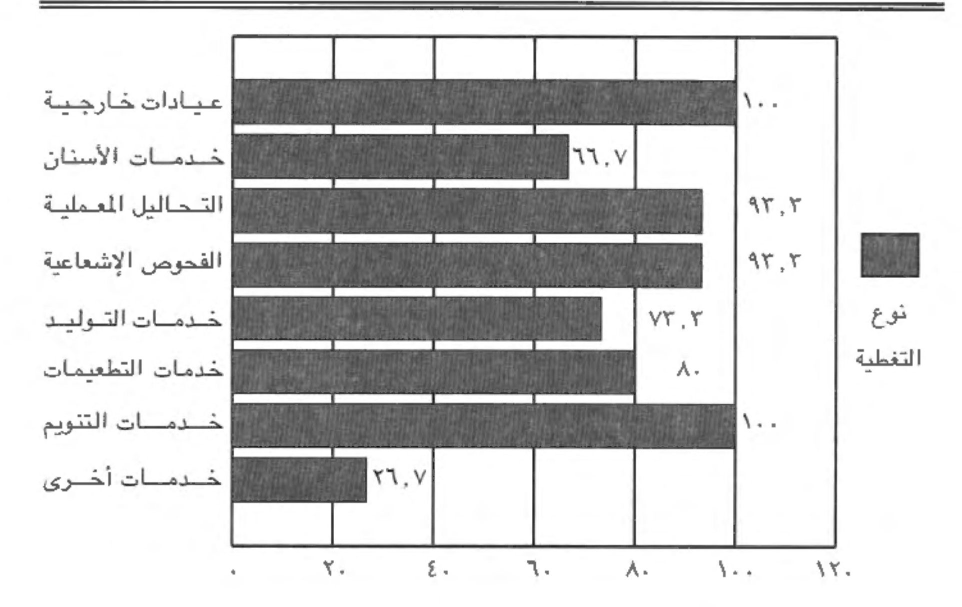
* عدد غير المستجيبين = ٣ .

يبين الجدول رقم (١٤٩-٥) ، أن (٧٨,٩ ٪) من المستشفيات محل الدراسة أفادت بإمكانية اشتراكها في نظام الضمان الصحي التعاوني عند تطبيقه ، في حين أفادت (٢١,١ ٪) من تلك المستشفيات بعدم إمكانية ذلك .

جدول رقم (١٥٠-٥) توزيع المستشفيات الموافقة على الاشتراك في نظام الضمان الصحي التعاوني وفقاً لنوعية التغطية التأمينية التي يمكن أن تقدمها في إطار هذا النظام ، الرياض ١٤٢٢هـ

نوعية التغطية التأمينية	عدد المستشفيات (٪) *
الكشف بالعيادات الخارجية	١٥ (١٠٠)
خدمات الأسنان الأساسية	١٠ (٦٦,٧)
التحاليل المعملية	١٤ (٩٣,٣)
الفحوص الإشعاعية	١٤ (٩٣,٣)
خدمات التوليد	١١ (٧٣,٣)
خدمات التطعيم	١٢ (٨٠,٠)
خدمات التنويم بالمستشفيات	١٥ (١٠٠)
خدمات أخرى	٤ (٢٧,٧)
مجموع المستجيبين	**١٥**

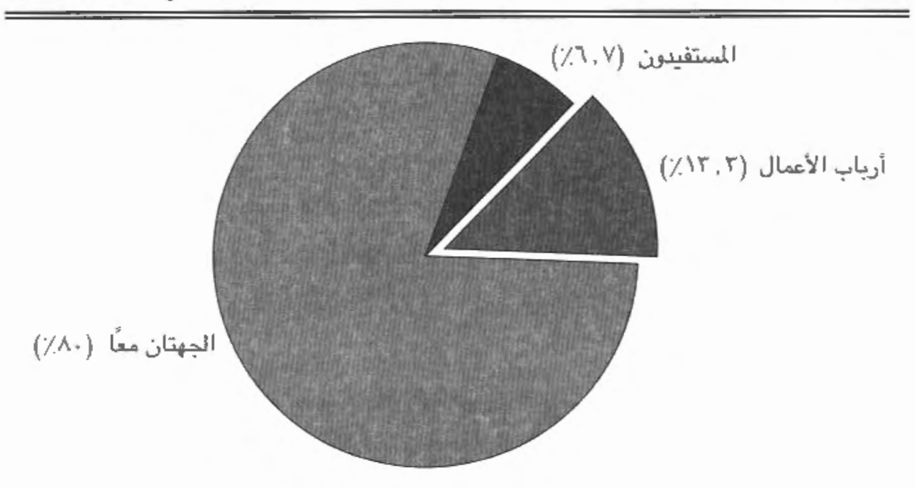
* المستشفى الواحد قد يقدم أكثر من خدمة .



كما يوضح الجدول رقم (١٥٠-٥) والشكل المرافق له ، أن (١٠٠,٠٪) من المستشفيات الموافقة على الاشتراك فى نظام الضمان الصحى التعاونى أفادت بأنها يمكن أن تقدم خدمات الكشف بالعيادات الخارجية وخدمات التنويم ضمن التغطية التأمينية المقدمة فى إطار نظام الضمان الصحى ، فى حين اختلفت استجابات المستشفيات بالنسبة لباقى الخدمات ، فتراوحت بين (٩٣,٣٪) بالنسبة لخدمات التحاليل المعملية والإشعاعية و(٢٦,٧ ٪) لبعض الخدمات الأخرى .

جدول رقم (١٥١-٥) توزيع المستشفيات الموافقة على الاشتراك فى نظام الضمان الصحى التعاونى وفقاً لآرائها حول كيفية تدبير التمويل اللازم لتطبيق هذا النظام ، الرياض ١٤٢٢هـ

كيفية تدبير التمويل اللازم	عدد المستشفيات	النسبة المئوية
عن طريق أرباب الأعمال	٢	١٣,٣
عن طريق المستفيدين (المؤمن عليهم)	١	٦,٧
عن طريق أرباب الأعمال والمستفيدين	١٢	٨٠,٠
المجموع	**١٥**	**١٠٠**



يوضح الجدول رقم (١٥١-٥) والشكل المصاحب له ، أن (١٣,٣٪) من المستشفيات الموافقة على الاشتراك فى نظام الضمان الصحى التعاونى أفادت بأن تمويل هذا النظام يجب أن يكون عن طريق أرباب الأعمال ، فى حين أفادت (٦,٧٪) من تلك المستشفيات أن تمويل هذا النظام يجب أن يكون عن طريق المستفيدين (المرضى المؤمن عليهم) ، وأفادت (٨٠,٠ ٪) منها أن تدبير هذا التمويل يكون عن طريق أرباب الأعمال والمستفيدين معًا .

جدول رقم (١٥٢-٥) توزيع المستشفيات الموافقة على الاشتراك فى نظام الضمان الصحى التعاونى وفقًا لآرائها حول الجهة التى يجب أن تشرف على هذا النظام ، الرياض ١٤٢٢هـ

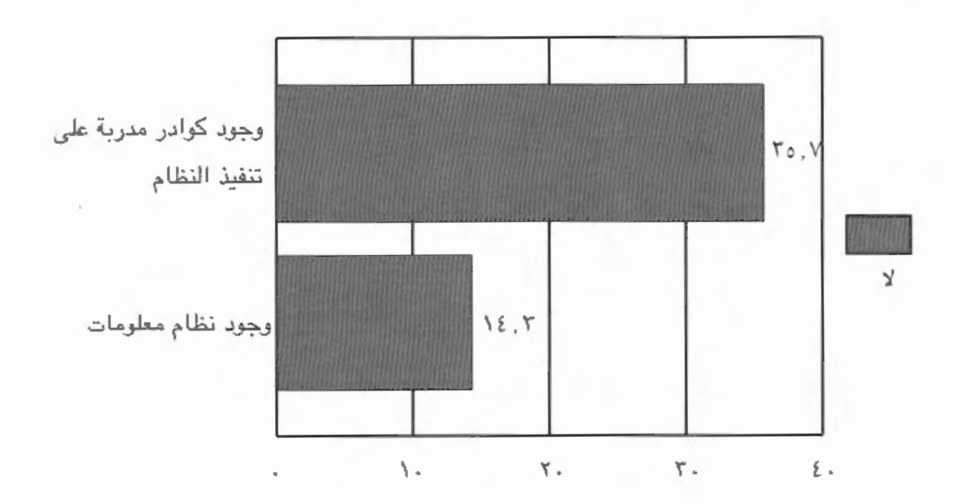
الجهة التى يجب أن تشرف	عدد المستشفيات	النسبة المئوية
وزارة الصحة	١	٦,٧
هيئة مشتركة من مقدمى الخدمة وشركات التأمين	٨	٥٣,٣
جهات أخرى	٦	٤٠,٠
المجموع	١٥	١٠٠

يوضح الجدول رقم (١٥٢-٥) ، أن (٦,٧٪) من المستشفيات الموافقة على الاشتراك في نظام الضمان الصحى التعاونى أفادت بأن الجهة التى يجب أن تشرف على تطبيق هذا النظام هى وزارة الصحة ، فى حين أفاد (٥٣,٣ ٪) من تلك المستشفيات بأن هذه الجهة يجب أن تكون هيئة مشتركة من مقدمي الخدمة وشركات التأمين ، وأفاد (٤٠,٠٪) من المستشفيات المشار إليها بأن الإشراف على تطبيق هذا النظام يجب أن يكون من قبل جهات أخرى .

جدول رقم (١٥٣-٥) توزيع المستشفيات الموافقة على الاشتراك فى نظام الضمان الصحى التعاونى وفقًا لتوافر بعض المدخلات اللازمة لتنفيذ هذا النظام ، الرياض ١٤٢٢هـ

وجود المدخلات / نوع المدخلات	نعم		لا		المجموع	
	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪
الكوادر المدربة على تنفيذ النظام	٩	٦٤,٣	٥	٣٥,٧	١٤*	١٠٠
نظام المعلومات	١٢	٨٥,٧	٢	١٤,٣	١٤*	١٠٠

* عدد غير المستجيبين = ١ .

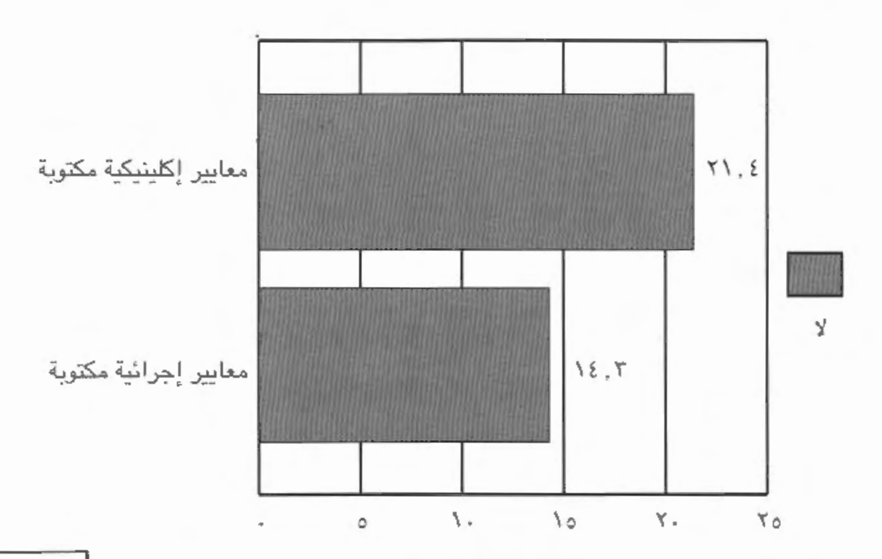


كـــمـــا يوضح الجـــدول رقم (١٥٣-٥) والشكل المرافق له ، أن (٦٤,٣٪) من المستشفيات الموافقة على الاشتراك في نظام الضمان الصحى التعاونى أفادت بوجود الكوادر المدربة والقـادرة على تنفـيـذ هذا النظام فى مـقـابل (٣٥,٧ ٪) من تلك المسـتـشـفـيـات أفـادت بعـدم وجـود هذه الكوادر ، فى حين أفـادت (٨٥,٧٪) من المستشفيات المستجيبة بوجود نظام المعلومات اللازم لتنفيذ الضمان الصحى التعاونى فى مقابل (١٤,٣ ٪) من تلك المستشفيات نفت ذلك .

جدول رقم (١٥٤-٥) توزيع المستشفيات الموافقة على الاشتراك فى نظام الضمان الصحى التعاونى وفقًا لتوافر بعض المؤشرات الدالة على جودة الخدمة المقدمة ، الرياض ١٤٢٢هـ

نوع المؤشر / وجود المؤشر	نعم		لا		المجموع	
	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪
معايير إكلينيكية مكتوبة	١١	٧٨,٦	٣	٢١,٤	١٤*	١٠٠
معايير إجرائية مكتوبة	١٢	٨٥,٧	٢	١٤,٣	١٤*	١٠٠

* عدد غير المستجيبين = ١ .



يبين الجدول رقم (١٥٤-٥) والشكل المرافق له ، أن (٧٨,٦٪) من المستشفيات الموافقة على الاشتراك فى نظام الضمان الصحى التعاونى أفادت بوجود معايير إكلينيكية مكتوبة للخدمات التى تقدمها ، فى مقابل (٢١,٤ ٪) من تلك المستشفيات نفت وجود هذه المعايير ، فى حين أفادت (٨٥,٧٪) منها بوجود معايير إجرائية مكتوبة للخدمات التى تقدمها فى مقابل (١٤,٣ ٪) من تلك المستشفيات نفت وجود هذه المعايير .

الفصل السادس

- أهم نتائج الدراسة الميدانية .
- التوصيات .

أهم نتائج الدراسة الميدانية :

أفرزت الدراسة الميدانية فى هذا البحث العديد من النتائج ، منها النتائج المرتبطة بأفراد عينة الدراسة المشتركين حاليًا فى نظام التأمين الصحى، والنتائج المتعلقة بأفراد العينة غير المشتركين حاليًا فى نظام التأمين الصحى، وكذلك النتائج المتعلقة بآراء إداريى شركات التأمين المشتركة فى الدراسة وأخيراً النتائج الخاصة بآراء إداريى مستشفيات مدينة الرياض المشتركة فى الدراسة. وسوف نورد فيما يلى أهم هذه النتائج :

أ- أهم نتائج آراء أفراد العينة المشتركة حالياً فى نظام التأمين الصحى:

١- تتراوح أعمار غالبية المستجيبين (٧٧,٨٪) بين ٣١ إلى ٥٠ سنة . أما عن التوزيع وفقًا للجنس، فقد شكلت الإناث (٥,٥٪) فقط من عينة المشتركين محل الدراسة. فيما يتعلق بالتوزيع وفقًا للحالة الزواجية ، فقد بلغت نسبة المتزوجين (٨٠,٠٪) من المستجيبين مقابل (١٩,٦٪) لغير المتزوجين حاليًا (أعزب ومطلق). وبالنسبة لتوزيع العينة وفقًا للمستوى التعليمى، فقد بلغت نسبة الحاصلين على التعليم الجامعى حوالى (٥٩.٠٪) من المشتركين ونسبة من حصل منهم على الماجستير والدكتوراه حوالى (١٥٪) مقابل (٢٣,٠٪) للحاصلين على التعليم الثانوى.

٢- حوالى (٥٢,٠٪) من المستجيبين يقيم مع كل منهم من ٢ إلى ٤ من أفراد أسرهم، فى حين بلغت نسبة الذين يقيم معهم أقل من فردين (١٩,٣٪) ونسبة الذين يقيم معهم أكثر من خمسة أفراد حوالى (٢٩,٠٪) .

٣- يتقاضى أغلب المستجيبين (٣٨,٧٪) دخلاً شهريًا بين ٤٠٠٠ و٦٠٠٠ ريال فى حين بلغت نسبة الذين يتقاضون أقل من ٤٠٠٠ ريال (٢٤,٠٪) ونسبة الذين يتقاضون أكثر من ٦٠٠٠ ريال (٣٧,٣٪).

٤- اشترك غالبية المستجيبين (٨٩,٣٪) فى التأمين الصحى من خلال جهة عملهم فى مقابل (٥,٧٪) منهم اشتركوا فى هذا النظام وذلك من خلال عقد شخصى مع شركة تأمين و(٣,٤٪) من خلال عقد شخصى مع مستشفى.

٥- يدفع (٤٥,٦٪) من المستجيبين قسطًا سنويًا للتأمين الصحى يقل عن ١٠٠٠ ريال، في حين يدفع (٣٧,٠٪) منهم قسطًا سنويًا يتراوح بين ١٠٠٠ و٢٠٠٠ ريال، و(١٧,٤٪) منهم تزيد الأقساط التى يدفعونها لهذا الغرض عن ٢٠٠٠ ريال.

٦- أفاد (٨٥,٦٪) من المستجيبين أن جهة عملهم تقوم بدفع قيمة قسط التأمين الصحى، فى حين أفاد (٧,٦٪) منهم بأنهم يشتركون مع جهة العمل فى دفع قيمة هذا القسط ، وأفاد (٦,١٪) بأنهم يتحملون وحدهم هذه الأقساط.

٧- أفاد (٥٠,٣٪) من المستجيبين أن خدمة التأمين الصحى تغطيهم وجميع أفراد أسرهم ، فى حين أفاد (٤٠,٣٪) منهم أن هذه الخدمة تغطى رب الأسرة فقط ، وأفاد (٩,٤٪) أنها تغطى رب الأسرة والزوجة فقط.

٨- لا يدفع (٥٥,٥٪) من المستجيبين مبالغ إضافية قابلة للاقتطاع بعد تجاوز التكلفة حدًا معينًا فيما يتحمل (٤٤,٥٪) من المستجيبين مثل هذه المبالغ.

٩- يرى (٤٨,٢٪) من المستجيبين أن خدمات التأمين الصحى المتاحة لهم تغطى جميع احتياجاتهم الطبية، ويرى (٦٢,٦٪) منهم أن تكلفة الخدمة التأمينية ملائمة بالنسبة لهم ، فى حين أفاد (٥٦,١٪) من المستجيبين أن لهم حرية اختيار الطبيب المعالج فى ظل نظام التأمين الصحى الحالى، وأفاد (٥٢,٢٪) منهم أن لهم حرية اختيار المستشفى المعالج فى ظل هذا النظام . وفى نفس الوقت أفاد (٧١,٨٪) من المستجيبين بأنهم يجدون سهولة فى الوصول إلى المستشفيات المتاحة لهم ، فى حين أفاد (٤٤,٧٪) من المستجيبين أنهم ينتظرون طويلاً للحصول على الخدمة الصحية تحت مظلة نظام التأمين الصحى الحالى وأفاد (٥٤,٢٪) منهم بأن مقدمى الخدمة يستجيبون لملاحظاتهم وشكاواهم تحت مظلة نظام التأمين الصحى الحالى.

١٠- أفاد (٣٨,٣٪) من المستجيبين بحدوث مشكلات مع المستشفيات التى يتعاملون معها فى ظل نظام التأمين الصحى الحالى، ويرى (٨٤,٣٪) منهم أن هذه المشكلات ترجع إلى تعقيد الإجراءات الإدارية، كما يرى (٦٤,١٪) منهم أن المستشفيات ترفض تقديم بعض الخدمات فى إطار التأمين، فى حين يرى (٢٢,٥٪) من المستجيبين أن أسباب هذه المشكلات تعود إلى طلب المستشفيات مبالغ إضافية.

١١- بلغت نسبة الراضين عن الخدمات المقدمة لهم فى ظل النظام التأمينى الحالى بوجه عام (٨٦,٨٪) من المستجيبين، فى مقابل (١٣,٢٪) منهم غير راضين عن هذه الخدمات . وقد تراوحت نسبة الراضين من المستجيبين محل الدراسة (راضٍ جداً وراضٍ إلى حد ما) بين (٧٨,٥٪) بالنسبة لشمولية الخدمة المتاحة و(٨٤,٦٪) بالنسبة لإجراءات الحصول على الخدمة.

١٢- يرى أكثر من نصف المستجيبين (٥٣,٣٪) أن شمولية التغطية هى العنصر الأكثر أهمية فى نظام التأمين الصحى الحالى، فى حين يرى (١٠,٧٪) من المستجيبين أن التكلفة هى العنصر الأكثر أهمية، ويرى (١٠,٢٪) منهم أن حرية اختيار المستشفى هى العنصر الأكثر أهمية بالنسبة لهم ، وقد تراوحت باقى الاستجابات فى هذا الصدد بين (٨,٠٪) لحرية اختيار الطبيب و(٢,٣٪) لقصر فترة الانتظار.

١٣- تتقارب نسب المشتركين الراضين عن النظام التأمينى الحالى من الفئات العمرية المختلفة وارتفاع هذه النسب لدى جميع هذه الفئات ، وقد تراوحت نسبة غير الراضين عن هذا النظام بين (١٥,٩٪) للفئة العمرية دون ٣٥ سنة و(١٢٪) للفئة العمرية ٣٥-٤٤ سنة ، وعلى المستوى الكلى بلغت نسبة غير الراضين عن نظام التأمين الحالى (١٣,٧٪) من مجموع المشتركين محل الدراسة .

١٤- ارتفاع مستوى رضا المشتركين محل الدراسة فى جميع المستويات التعليمية عن النظام التأمينى الحالى، إذ تراوحت نسب الراضين عن هذا النظام بين (٨٨,٤٪) للمستوى التعليمى الجامعى و(٧٩,٥٪) لمستوى الدراسات العليا ، وعلى المستوى الكلى بلغت نسبة غير الراضين عن النظام التأمين الحالى (١٣,٣٪) من مجموع المشتركين محل الدراسة، مع وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى الرضا بوجه عام عن نظام التأمين الصحى الحالى والمستوى التعليمى للفرد.

١٥- ارتفاع مستوى رضا المشتركين محل الدراسة من جميع فئات الدخل الشهرى عن النظام التأمينى الحالى، إذ تراوحت نسب الراضين عن هذا النظام بين (٩٢,١٪) لفئة الدخل ٤٠٠٠-٧٩٩٩ ريالاً شهرياً و(٧٧,٦٪) لفئة الدخل ٨٠٠٠ ريال فأكثر ، وعلى المستوى الكلى بلغت نسبة غير الراضين عن النظام التأمينى

الحالى (١٣,٣٪) من مجموع المشتركين محل الدراسة ، مع وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى الرضا بوجه عام عن نظام التأمين الصحى الحالى والدخل الشهرى.

١٦- بلغت نسبة الراضين عن النظام التأمينى الحالى من الذين يغطى هذا النظام جميع أفراد الأسرة المقيمين معهم حاليًا (٨١,٦٪) مقابل (٨١,١٪) من الذين لا يغطى هذا النظام جميع أفراد الأسرة المقيمين معهم حاليًا ، وبلغت نسبة غير الراضين من الفئتين (٨,٤٪) مقابل (١٨,٩٪) على التوالى ، فى حين بلغت نسبة غير الراضين عن النظام التأمينى الحالى على المستوى الكلى (١٤,٨٪) من مجموع المشتركين محل الدراسة ، علمًا أن هذه الفروق ذات دلالة إحصائية عالية.

١٧- بلغت نسبة الراضين عن النظام التأمينى الحالى من الذين يدفعون مبلغًا قابلاً للاقتطاع بعد تجاوز التكلفة حداً معينًا (٩٠,٧٪) مقابل (٨٠,٥٪) من الذين لا يدفعون هذا المبلغ ، وقد بلغت نسب غير الراضين من الفئتين (٩,٣٪) مقابل (١٩,٦٪) على التوالى ، فى حين بلغت نسبة غير الراضين عن نظام التأمين الحالى على المستوى الكلى (١٣,٢٪) من مجموع المشتركين محل الدراسة ، علماً أن هذه الفروق ذات دلالة إحصائية عالية . وقد ترجع زيادة نسبة عدم الرضا بين الذين لا يدفعون مبلغًا قابلاً للاقتطاع بعد تجاوز التكلفة حداً معينًا إلى التأثير الإيجابى لدفع هذا المبلغ على الخدمات المقدمة .

١٨- تقارب نسب الراضين عن النظام التأمينى الحالى من الذين يتوافر لهم حرية اختيار الطبيب، والذين لا يتوافر لهم هذا الاختيار وارتفاع هذه النسب (٨٥,٠٪ و٨٨,٩٪ على التوالى) فى حين بلغت نسبة غير الراضين عن النظام التأمينى الحالى على المستوى الكلى (١٣,٣٪) من مجموع المشتركين محل الدراسة.

١٩- ارتفاع نسبة الرضا عن شمولية الخدمة الصحية لدى الذين أفادوا بتغطية الخدمة التأمينية الحالية لجميع أفراد الأسرة المقيمين معهم عنها للذين نفوا ذلك (٨٦,٥٪ فى مقابل ٦٩,٦٪ على التوالى)، فى حين بلغت نسبة غير الراضين عن شمولية الخدمة فى ظل النظام التأمينى الحالى على المستوى الكلى (٢٤,٠٪) من مجموع المشتركين محل الدراسة ، مع وجود علاقة جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجة الرضا عن شمولية الخدمة الصحية المقدمة وتغطية جميع أفراد الأسرة بالخدمات التأمينية .

٢٠- ارتفاع نسب الرضا عن شمولية الخدمة الصحية بزيادة عدد أفراد الأسرة المشمولين بالتغطية التأمينية، إذ بلغت هذه النسب (٥٨,٣٪) و(٧٠,٦٪) و(٨٦,٥٪) فى حالة تغطية الخدمة التأمينية الحالية لرب الأسرة فقط، ورب الأسرة والزوجة، وجميع أفراد الأسرة على التوالى. من جهة أخرى، انخفضت نسب عدم الرضا عن شمولية الخدمة بزيادة عدد أفراد الأسرة المشمولين بالتغطية التأمينية وبلغت نسبة غير الراضين عن شمولية الخدمة فى ظل النظام التأمينى الحالى على المستوى الكلى (٢٤,٠٪) من مجموع المشتركين محل الدراسة ، مع وجود علاقة جوهرية ذات دلالة إحصائية بين درجة الرضا عن شمولية الخدمة الصحية المقدمة وعدد أفراد الأسرة الذين تغطيهم خدمة التأمين الصحى الحالية.

٢١- ارتفاع نسب الرضا عن شمولية الخدمة الصحية بين فئات الدخل المختلفة وقد تراوحت هذه النسب بين (٧٠٪) لفئة الدخل أكثر من ٨٠٠٠ ريال و(٨٧,٤٪) لفئة الدخل من ٤٠٠٠-٧٩٩٩ ريالاً ، وقد بلغت نسبة غير الراضين عن شمولية الخدمة فى ظل النظام التأمينى الحالى على المستوى الكلى (١٨,٠٪) من مجموع المشتركين محل الدراسة ، مع وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين درجة الرضا عن شمولية الخدمة الصحية والدخل.

ب- أهم نتائج آراء أفراد العينة غير المشتركة حالياً فى نظام التأمين الصحى:

١- تتراوح أعمار غالبية المستجيبين (٧٠,٦٪) بين ٣٠ إلى ٥٠ سنة ، ويلاحظ ارتفاع نسبة من هم فوق سن الخمسين بالمقارنة بالمشتركين فى نظام للتأمين الصحى حاليًا (جدول رقم ١)؛ وذلك لأن شركات التأمين تتجنب هذه الفئة العمرية أو ترفع رسوم الاشتراك بدرجة كبيرة. أما عن التوزيع وفقًا للجنس فقد شكلت الإناث (٦,٤٪) فقط من عينة غير المشتركين محل الدراسة . وفيما يخص التوزيع وفقًا للحالة الزواجية، فقد بلغت نسبة المتزوجين (٨٢,٧٪) من المستجيبين مقابل (١٧,٣٪) لغير المتزوجين حاليًا (أعزب ومطلق) . وبالنسبة لتوزيع العينة وفقًا للمستوى التعليمى، فقد بلغت نسبة الحاصلين على التعليم الجامعى (٤٠,٥٪) من المشتركين، ونسبة من حصل منهم على الماجستير والدكتوراه (٤١,٥٪) فى مقابل

(١٧,٩٪) للحاصلين على التعليم الثانوى والأقل من الثانوى. ويرجع ارتفاع نسبة الحاصلين على التعليم فوق الجامعى لزيادة أعداد هذه الفئة بين المقيمين غير السعوديين وفقًا لمتطلبات العمل.

٢- أفاد (٣٣,٣٪) من المستجيبين أن عدد أفراد الأسرة الذين يقيمون معهم يتراوح بين فردين إلى ٤ أفراد، في حين بلغ هذا العدد ٨ أفراد فأكثر فى (٣٠,٢٪) من الحالات ، وكان أقل من فردين فى (٢٤,٨٪) من الحالات وتراوح من ٥ إلى ٧ أفراد فى (١١,٧٪) من مجموع المستجيبين.

٣- تراوح الدخل الشهرى لأعلى نسبة من المستجيبين (٢٨,٠٪) بين ٢٠٠٠ وأقل من ٤٠٠٠ ريال ، فى حين تتراوح دخول (٢٥,٨٪) من المستجيبين بين ٤٠٠٠ وأقل من ٦٠٠٠ ريال ، فى حين بلغت نسبة الذين يقل دخلهم الشهرى عن ٢٠٠٠ ريال (١٤,٥٪) والذين يزيد دخلهم الشهرى عن ٨٠٠٠ ريال (١٧,٤٪) من مجموع المستجيبين.

٤- توفر جهات عمل (٧٢,٧٪) من المستجيبين خدمات صحية فى مقابل (٢٧,٣٪) أفادوا أنه لا توجد لديهم هذه الخدمات.

٥- بسؤال المشتركين عن نوعية الخدمات الصحية التى توفرها لهم جهات عملهم أفاد (٨٠,١٪) من المستجيبين عن توافر خدمات العيادات الخارجية، فى حين أفاد (٧٨,٧٪) منهم عن توافر الدواء وتلا ذلك التحاليل المعملية والإشعاعية (٦٢,٦٪)، ثم التنويم بالمستشفيات (٥٤,٥٪).

٦- شملت الخدمات الصحية التى توفرها جهة العمل جميع أفراد الأسرة لدى (٦٢,١٪) من المستجيبين، فى حين شملت هذه الخدمات رب الأسرة فقط فى (٢٠,٧٪) منهم ، وشملت رب الأسرة والزوجة فقط فى (١٠,٣٪) من الحالات.

٧- بلغت نسبة الذين على استعداد لدفع نسبة من التكلفة عند كل زيارة للطبيب (٥١,٧٪) فى مقابل (٤٨,٣٪) لا يرغبون فى ذلك.

٨- أفاد (٤٠,٢٪) من المستجيبين الذين ليسوا مستعدين لدفع نسبة من التكلفة عند كل زيارة للطبيب بأن السبب يرجع لظروفهم المالية التى لا تسمح بذلك، فى حين

أفادت نسبة مماثلة منهم بأن السبب هو أنهم يرون أن رب العمل يجب أن يتحمل هذه النسبة . بالإضافة لذلك ، تراوحت نسب المستجيبين الآخرين بين (٧,٨٪) يرون أن الدولة يجب أن تتحمل هذه النسبة و(٢,٠٪) يرون أن عدم مشاركتهم بهذه النسبة من شأنه تسهيل إجراءات الحصول على الخدمة.

٩- أفاد (٨١,٦٪) من المستجيبين أن التغطية التأمينية المناسبة لهم من وجهة نظرهم يجب أن تشتمل على خدمات الكشف بالعيادات الخارجية، بالإضافة إلى الحصول على الدواء، في حين بلغت نسبة الذين يرون أن تشتمل هذه التغطية على التنويم بالمستشفيات والتحاليل المعملية والإشعاعية (٧٠,٥٪) و(٧٤,٣٪) على التوالي.

١٠- أفاد (٤٦,٧٪) من المستجيبين أنهم يحتاجون جداً إلى تأمين صحي شامل، في حين أفاد (٣٦,٢٪) منهم أنهم يحتاجونه إلى حد ما وبلغت نسبة الذين أفادوا بأنهم لا يحتاجون إلى تأمين صحي شامل (١٧٪).

١١- أفاد (٣٢,٢٪) من المستجيبين أنه من الممكن جداً اقتطاع جزء من الراتب الشهري من أجل الاشتراك في نظام الضمان الصحي التعاوني، في حين أفاد (٤٤,٦٪) منهم أن ذلك ممكن إلى حد ما، في حين أفاد (٢٣,٢٪) من المستجيبين أن ذلك غير ممكن بالنسبة لهم.

١٢- يقترح غالبية المستجيبين (٤٦,٦٪) خصم (١٪) من الراتب كقسط للاشتراك في الضمان الصحي التعاوني، في حين تراوحت النسب التي يقترحها باقي المستجيبين بين (٢٪) من الراتب (٢٨,٥٪ من المستجيبين) و(٥٪) من الراتب (١٠,٩٪) من المستجيبين.

١٣- أفاد (٥٧,٣٪) من المستجيبين أن شمولية الخدمة مهمة للغاية بالنسبة لهم، في حين أفاد (٣٢,٢٪) منهم أن شمولية الخدمة مهمة إلى حد ما بالنسبة لهم، في حين أفاد (١٠,٥٪) من المستجيبين أن ذلك غير مهم بالنسبة لهم.

١٤- أفاد (٤٨,٣٪) من المستجيبين أن تكلفة الخدمة مهمة للغاية بالنسبة لهم، في حين أفاد (٣٨,٢٪) منهم أن تكلفة الخدمة مهمة إلى حد ما بالنسبة لهم، في حين أفاد (١٣,٥٪) من المستجيبين أن ذلك غير مهم بالنسبة لهم.

١٥- يرى غالبية المستجيبين (٤٨,٤٪) أن شمولية الخدمة تمثل العنصر الأكثر أهمية بالنسبة لهم، في مقابل (٢٦,٤٪) يرون أن تكلفة الخدمة هي العنصر الأكثر أهمية بالنسبة لهم ، وتلا ذلك باقي العناصر بنسب أقل كثيراً تراوحت بين (٩,٧٪)؛ لسهولة الوصول إلى الخدمة و(١,٢٪) لقصر فترة الانتظار.

١٦- بلغت نسبة ذوي الاحتياج للتأمين الصحي من الذين توفر لهم جهة عملهم الخدمات الصحية (٨٠,٠٪)، وذلك مقابل (٩٠,٥٪) من الذين لا توفر لهم جهة عملهم الحصول على هذه الخدمات ، وبلغت نسب من أفادوا بعدم حاجتهم للتأمين الصحي من الفئتين (٢٠,٠٪) مقابل (٩,٥٪) على التوالي، في حين بلغت هذه النسبة (١٧,١٪) من مجموع المستجيبين محل الدراسة على المستوى الكلي، مع وجود علاقة جوهرية بين درجة الاحتياج للتأمين الصحي ووجود خدمات صحية توفرها جهة العمل.

١٧- بلغت نسبة ذوي الاحتياج للتأمين الصحي من الذين تغطي الخدمات الصحية التي توفرها جهة عملهم جميع أفراد الأسرة (٨٤,٨٪) مقابل (٧٦,٧٪) من الذين أفادوا بعدم وجود مثل هذه التغطية ، وعلى المستوى الكلي بلغت نسبة الذين أفادوا بعدم حاجتهم للتأمين الصحي (١٨,٣٪) من مجموع المستجيبين محل الدراسة.

١٨- ارتفاع نسب غير المشتركين الذين أفادوا بأن الاشتراك في نظام الضمان الصحي التعاوني أفضل بالنسبة لهم مقارنة بالوضع الراهن سواء من الذين توفر لهم جهة عملهم خدمات صحية أو الذين لا توفر جهة عملهم هذه الخدمات ، وقد بلغت هذه النسب (٧٣,٥٪) و(٨٤,١٪) للفئتين على التوالي، وعلى المستوى الكلي بلغت نسبة الذين أفادوا بأن الاشتراك في نظام الضمان الصحي التعاوني لا يعتبر أفضل بالنسبة لهم (٢٣,٦٪) من مجموع المستجيبين محل الدراسة.

١٩- ارتفاع نسب غير المشتركين الذين أفادوا بأن الاشتراك في نظام الضمان الصحي التعاوني أفضل بالنسبة لهم مقارنة بالوضع الراهن، سواء من الذين توفر جهات عملهم خدمات صحية لهم ولجميع أفراد أسرهم أو الذين لا تتيح جهة عملهم هذه الخدمات لجميع أفراد الأسرة ، وقد بلغت هذه النسب (٧٦,٩٪) و(٦٥,٢٪) للفئتين على التوالي، وعلى المستوى الكلي بلغت نسبة الذين أفادوا بأن الاشتراك

فى نظام الضمان الصحى التعاونى لا يعتبر أفضل بالنسبة لهم (٢٧,٣٪) من مجموع المستجيبين محل الدراسة.

٢٠- ارتفاع نسب غير المشتركين من فئات الدخل المختلفة الذين أفادوا بأهمية تكلفة الخدمة بالنسبة لهم، وقد تراوحت هذه النسب بين (٩٣,٢٪) لفئة الدخل ٤٠٠٠-٧٩٩٩ ريالاً شهرياً و(٧٨,٧٪) لفئة الدخل ٨٠٠٠ ريال فأكثر ، وعلى المستوى الكلى بلغت نسبة الذين أفادوا بعدم أهمية تكلفة الخدمة بالنسبة لهم (١٣,٥٪) من مجموع المستجيبين محل الدراسة.

٢١- ارتفاع نسبة غير المشتركين المستعدين لدفع نسبة من التكلفة عند كل زيارة للطبيب بارتفاع الدخل ، فقد بلغت هذه النسبة (٤١,١٪) و(٥٣,٢٪) و(٧٤,٤٪) لفئات الدخل أقل من ٤٠٠٠ و٤٠٠٠-٧٩٩٩ و٨٠٠٠ فأكثر على التوالى . وعلى المستوى الكلى بلغت نسبة الذين أفادوا بعدم استعدادهم لدفع جزء من التكلفة عند كل زيارة للطبيب (٤٨,٣٪) من مجموع المستجيبين محل الدراسة. مع وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الدخل الشهرى والاستعداد لدفع نسبة من التكلفة عند كل زيارة للطبيب.

٢٢- ارتفاع نسب غير المشتركين من فئات الدخل المختلفة الذين أفادوا بإمكانية اقتطاع جزء من الراتب من أجل الاشتراك فى الضمان الصحى، وقد تراوحت هذه النسب بين (٧١,٣٪) لفئة الدخل ٤٠٠٠-٧٩٩٩ ريالاً شهرياً و(٨٤,٨٪) لفئة الدخل ٨٠٠٠ ريال فأكثر، وعلى المستوى الكلى بلغت نسبة الذين أفادوا بعدم إمكانية اقتطاع جزء من راتبهم من أجل الاشتراك فى الضمان الصحى (٢٣,٤٪) من مجموع المستجيبين محل الدراسة.

ج- أهم نتائج آراء إداريى شركات التأمين المشتركة فى الدراسة:

١- أفادت (٦٤,٣٪) من الشركات محل الدراسة أن أعداد المشتركين فى الخدمات التأمينية التى يقدمونها أقل من ١٠٠٠٠ مشترك، وأفاد (٢١,٥٪) منهم أن عدد المشتركين لديهم فى تلك الخدمات يتراوح بين ٢٥٠٠٠ و٤٠٠٠٠ مشترك ، وأفاد (١٤,٢٪) من تلك الشركات أن أعداد المشتركين لديهم فى نفس الخدمات زادت عن ٤٠٠٠٠ مشترك.

٢- توفر أغلب شركات التأمين (٨٥,٧٪) خدمات التأمين الصحي لعملائها، في حين لا توفر هذه الخدمات (١٤,٣٪) من الشركات قيد الدراسة.

٣- أفادت (٦٦,٦٪) من شركات التأمين التي توفر التأمين الصحي ضمن خدماتها التأمينية بأنها تقدم هذه الخدمات مباشرة للعملاء، وانقسمت النسبة الباقية من تلك الشركات إلى شركات تعمل كوسطاء لشركات أخرى وشركات تستخدم الطريقتين معًا.

٤- أفاد (٣٠,٠٪) من المستجيبين أن نسبة معاملات التأمين الصحي إلى مجمل المعاملات التأمينية للشركة كانت أقل من (٢٠٪)، في حين أفاد (٤٠,٠٪) منهم أن نسبة تلك المعاملات تتراوح بين (٢٠ و٤٠٪)، وأفاد (٣٠,٠٪) من تلك الشركات أن هذه النسبة تجاوزت (٤٠٪) من مجمل المعاملات التأمينية.

٥- تبرم (٥٠,٠٪) من شركات التأمين محل الدراسة والتي تقدم خدمات التأمين الصحي ضمن خدماتها التأمينية عقودها مباشرة مع أرباب العمل، في حين تقوم (٣٣,٣٪) من هذه الشركات بإبرام عقود مع أرباب العمل والأفراد، وتبرم (١٦,٧٪) منها عقودها مع أرباب العمل والأفراد وجهات حكومية أخرى.

٦- تتقاضى أكثر من نصف الشركات المستجيبة (٥٤,٥٪) قسطًا سنويًا للفرد يتراوح بين ١٠٠٠-١٥٠٠ ريال، وتجاوز القسط السنوي للفرد في النسبة المتبقية من الشركات ١٥٠٠ ريال.

٧- أفاد (٥٥,٦٪) من المستجيبين بأن المريض يدفع مبلغًا إضافيًا قابلاً للاقتطاع عند تلقيه الخدمة بعد تجاوز التكلفة حداً معينًا، وأفاد (٤٤,٤٪) منهم بأن المريض لا يدفع هذا المبلغ .

٨- تتفاوت نسبة الذين يدفعون جزءًا من تكلفة الخدمات التي يتلقونها تحت مظلة التأمين الصحي باختلاف هذه الخدمات . وقد تراوحت هذه النسبة بين (١٦,٧٪) في حالة خدمات التنويم و(٦٣,٦٪) في خدمات الأطباء.

٩- أفاد جميع المستجيبين بأن خدمات التأمين الصحي التي يقدمونها تغطي خدمات الكشف بالعيادات الخارجية والتحاليل المعملية والفحوص الإشعاعية، في حين أفاد (٩١,٧٪) منهم أن هذه التغطية تشتمل على خدمات التنويم بالمستشفيات وخدمات التوليد، وقد تراوحت نسبة الاستجابات لتغطية باقي الخدمات بين (٢٥,٠٪) لخدمات التطعيم و(٨٣,٣٪) لخدمات الأسنان الأساسية.

١٠- أفاد (٩١,٧٪) من الشركات التي تقدم خدمات التأمين الصحي بأن شمولية التغطية التأمينية تختلف باختلاف جهة التعاقد فيما نفت ذلك (٨,٣٪) من تلك الشركات ذلك.

١١- أفاد (٣٦,٤٪) من الشركات التي تقدم خدمات التأمين الصحي بأن اختلاف شمولية التغطية التي تقدمها يرجع إلى رغبة العميل، في حين أفاد (٩,١٪) من هذه الشركات بأن سبب اختلاف شمولية التغطية يعود إلى اختلاف القيمة المالية للبوليصة، وقد أفادت باقي الشركات المستجيبة (٥٤,٥٪) بأن اختلاف شمولية التغطية يرجع للسببين المذكورين معاً.

١٢- أفاد (٨٣,٣٪) من الشركات محل الدراسة، والتي تقدم خدمات التأمين الصحي بحدوث مشكلات مع المستشفيات التي يتعاملون معها، في حين أفاد (١٦,٧٪) من تلك الشركات بعدم حدوث مثل هذه المشكلات.

١٣- أفاد (٩٠,٠٪) من الشركات المستجيبة، والتي تقدم خدمات التأمين الصحي بأن أسباب المشكلات التي تقع مع المستشفيات تعود إلى إجراء فحوصات لا يحتاجها المريض والمبالغة في طول فترة التنويم، في حين أفاد (٧٠,٠٪) من المستجيبين أن السبب هو تقديم خدمات لا يغطيها التأمين، وأفاد (٦٠,٠٪) منهم أن الأسباب ترجع إلى وجود تعقيدات إدارية.

١٤- أفاد (٧٥,٠٪) من الشركات محل الدراسة والتي تقدم خدمات التأمين الصحي بحدوث مشكلات مع المشتركين في نظام التأمين الصحي الذين يتعاملون معهم، في حين أفاد (٢٥,٠٪) من تلك الشركات بعدم حدوث مثل هذه المشكلات.

١٥- أفاد (٥٥,٦٪) من الشركات المستجيبة والتي تقدم خدمات التأمين الصحي أن أسباب المشكلات مع المشتركين الذين تتعامل معهم تعود إلى توقعات أعلى من الواقع بالنسبة لشمولية التغطية وتذمر من الإجراءات الإدارية، في حين أفاد (٢٢,٢٪) من المستجيبين أن السبب هو تذمر من الدفعات الإضافية وأفاد (١١,١٪) منهم أن الأسباب ترجع لسوء استعمال البطاقة الطبية.

١٦- أفاد (٦٦,٦٪) من الشركات محل الدراسة والتي تقدم خدمات التأمين الصحي باعتقادهم أن مستوى رضا المشتركين عن خدماتهم عالٍ إلى حد ما، في حين يرى (٣٣,٤٪) من تلك الشركات أن مستوى رضا المشتركين عن الخدمات التي يقدمونها عالٍ للغاية.

١٧- توصل (٨١,٨٪) من الشركات المستجيبة والتى تقدم خدمات التأمين الصحى إلى آراء المشتركين حول مستوى رضاهم عن الخدمات التى تقدمها من خلال عدد الشكاوى المتلقاة، فى حين تراوحت استجابات تلك الشركات للطرق الأخرى المستخدمة؛ للتعرف على مدى رضا المشتركين، بين استمرار المشتركين فى التعاقد مع الشركة (٩٠,١٪) واستطلاع آراء المشتركين (٧٢,٧٪).

١٨- أفاد (٧٥,٠٪) من الشركات محل الدراسة والتى تقدم خدمات التأمين الصحى بأن مستحقات المستشفيات تتأخر لديها، فى حين نفت (٢٥,٠٪) من تلك الشركات ذلك.

١٩- أرجع (٦٦,٧٪) من الشركات المستجيبة، والتى تقدم خدمات التأمين الصحى أسباب تأخر مستحقات المستشفيات لديها إلى المبالغة فى قيمة الفواتير وطول الإجراءات الإدارية المرتبطة ببعض الحالات، فى حين أفاد (٢٢,٢٪) من تلك الشركات أن السبب يعود إلى نقص فى السيولة المالية لديها، وأفاد (١١,١٪) منها بأن السبب هو تأخر المستشفيات فى تقديم المطالبات المالية.

٢٠- أفاد (٨٤,٦٪) من الشركات المستجيبة محل الدراسة بوجود كوادر مدربة لديها، هذه الكوادر قادرة على تنفيذ نظام الضمان الصحى التعاونى، فى حين أفاد (١٥,٤٪) من تلك الشركات بعكس ذلك.

٢١- أفاد (٨٤,٦٪) من الشركات المستجيبة محل الدراسة بوجود نظام معلومات لديها قادر على استيعاب نظام الضمان الصحى التعاونى، وأفاد (١٥,٤٪) من تلك الشركات بعكس ذلك.

٢٢- أفادت جميع الشركات المستجيبة أنه بإمكانها أن تقدم خدمات العيادات الخارجية والتحاليل المعملية والفحوص الإشعاعية وخدمات التنويم فى المستشفيات ضمن إطار نظام الضمان الصحى التعاونى عند تنفيذه، فى حين أفاد (٩٢,٣٪) من تلك الشركات بإمكانية تقديم خدمات التوليد، وأفاد حوالى (٧٠٪) منها بإمكانية تقديم خدمات الأسنان الأساسية.

٢٣- يرى (٥٨,٣٪) من الشركات المستجيبة محل الدراسة أن تدبير التمويل اللازم لتطبيق نظام الضمان الصحى التعاونى يكون عن طريق أرباب العمل والمستفيدين معاً، ويرى (٤١,٧٪) من تلك الشركات أن يكون التمويل عن طريق أرباب العمل فقط.

٢٤- يرى (٥٢,٨٪) من الشركات المستجيبة محل الدراسة أن تشرف على تطبيق نظام الضمان الصحى التعاونى هيئة مشتركة من مقدمى الخدمة وشركات التأمين، فى حين يرى (٣٠,٧٪) من تلك الشركات أن تقوم وزارة الصحة بهذا الإشراف وترى (١٥,٣٪) منها أن يكون الإشراف عن طريق التأمينات الاجتماعية ومجلس الضمان.

د- أهم نتائج آراء إداريى مستشفيات مدينة الرياض المشتركة فى الدراسة:

١- تبلغ نسبة المستشفيات محل الدراسة التى تتعامل حاليًا مع نظام للتأمين الصحى (٤٠,٩٪) فى مقابل (٥٩,١٪) من هذه المستشفيات لا تتعامل حاليًا مع أنظمة التأمين الصحى.

٢- أفادت جميع المستشفيات محل الدراسة، والمشتركة حاليًا فى نظام للتأمين الصحى، أنها تقدم خدمات الكشف بالعيادات الخارجية، التحاليل المعملية، التحاليل الإشعاعية، خدمات التوليد وخدمات التنويم فى إطار نظم التأمين الصحى الحالية، فى حين أفاد (٨٨,٩٪) فقط من هذه المستشفيات بأنها تقدم خدمات الأسنان الأساسية والتطعيمات فى إطار هذه النظم.

٣- أفاد (٨٨,٩٪) من المستشفيات محل الدراسة والمشتركة حاليًا فى نظام للتأمين الصحى أن شمولية التغطية التأمينية تختلف باختلاف الجهات التى تتعاقد معها، وذلك فى مقابل (١١,١٪) من هذه المستشفيات أفادت بنفى ذلك.

٤- أفادت جميع المستشفيات محل الدراسة، والمشتركة حاليًا فى نظام للتأمين الصحى، ويوجد لديها اختلاف فى شمولية التغطية التأمينية باختلاف الجهات التى يتعاقدون معها - أن سبب هذا الاختلاف يرجع إلى اختلاف القيمة المالية للعقد، فى حين أفاد (٧٥٪) من هذه المستشفيات أن السبب يرجع إلى رغبة العميل، وأفاد (١٢,٥٪) منها أن السبب هو اختلاف شروط وثائق التأمين.

٥- أفادت جميع المستشفيات محل الدراسة والمشتركة حاليًا فى نظام للتأمين الصحى أن خدمات التأمين الصحى التى تقدمها تمول من خلال عقود مع شركات التأمين، فى حين أفاد (٤٤,٤٪) من هذه المستشفيات بأن هذه الخدمات تمول من خلال

عقود مباشرة مع أصحاب العمل . بالإضافة لذلك ، كانت طريقة التمويل من خلال عقود مع التأمينات الاجتماعية في (٢٢,٢ ٪) من تلك المستشفيات وكانت من خلال عقود مباشرة مع المرضى في (١١,١ ٪) منها.

٦- لا يدفع المريض مبلغًا قابلاً للاقتطاع بعد تجاوز التكلفة حدًا معينًا في (٢٢,٢٪) من المستشفيات محل الدراسة، والمشتركة حاليًا في نظام للتأمين الصحي، في حين يدفع المريض هذا المبلغ في (٧٧,٨ ٪) من تلك المستشفيات.

٧- يدفع المريض نسبة من التكلفة نظير تقديم خدمات الأطباء في (٨٨,٩ ٪) من المستشفيات محل الدراسة والمشتركة حاليًا في نظام للتأمين الصحي، في حين يدفع المريض هذه النسبة في (٦٦,٣ ٪) من تلك المستشفيات للحصول على الدواء والتحاليل المعملية والإشعاعية ، وفي (٥٥,٦٪) منها للحصول على خدمات التنويم.

٨- يمثل استرداد تكاليف الخدمات التي تقدمها المستشفيات تحت مظلة النظم التأمينية الحالية مشكلة لهذه المستشفيات، إذ أفاد (٨٨,٩ ٪) من المستشفيات محل الدراسة والمشتركة حاليًا في نظام للتأمين الصحي بأنه لا يتم استرداد تكاليف خدمات التأمين الصحي في فترة زمنية مقبولة، في حين أفاد (١١,١٪) من هذه المستشفيات بعكس ذلك.

٩- أفاد (٨٧,٥٪) من المستشفيات محل الدراسة والمشتركة حاليًا في نظام للتأمين الصحي، أن أسباب التأخير في استرداد تكاليف خدمات التأمين الصحي التي تقدمها ترجع إلى تعقيدات إدارية لدى الجهات المتعاقدة معها، في حين كانت الأسباب عدم الموافقة على قيمة الفواتير أو نقصًا في السيولة لدى الجهة التي يتم التعامل معها وفقا لآراء (٥٠,٠٪) من هذه المستشفيات.

١٠- أفاد (٨٨,٩٪) من المستشفيات محل الدراسة والمشتركة حاليًا في نظام للتأمين الصحي بوجود مستحقات مالية خاصة بخدمات التأمين الصحي لا يتم استردادها؛ مما يؤكد وجود مشكلات تتعلق باسترداد تكاليف الخدمات التي تقدمها المستشفيات تحت مظلة النظم التأمينية الحالية .

١١- أفاد (٧٧,٨٪) من المستشفيات محل الدراسة والمشتركة حاليًا في نظام للتأمين الصحي بأن سبب عدم استردادها لمستحقاتها المالية الخاصة بتكاليف خدمات

التأمين الصحي التي تقدمها يرجع إلى تعقيدات إدارية لدى الجهات التي تتعاقد معها أو لعدم الموافقة على الخدمات المقدمة من قبل المستشفي، في حين كان السبب عدم الموافقة على قيمة الفواتير في (٥٥,٦ ٪) من الاستجابات، وإغلاق الشركة التي كان يتم التعامل معها في حالة واحدة (تمثل ١١,١ ٪ من مجموع المستشفيات).

١٢- أفاد (٧٧,٨٪) من المستشفيات محل الدراسة، والمشتركة حاليًا في نظام للتأمين الصحي بحدوث مشكلات مع المرضى الخاضعين لهذا النظام، ذلك في مقابل (٢٢,٢٪) من تلك المستشفيات أفادت بعدم حدوث مشكلات

١٣- أفادت جميع المستشفيات محل الدراسة، والمشتركة حاليًا في نظام للتأمين الصحي أن سبب المشكلات مع المرضى الخاضعين لهذا النظام هو التوقعات الأعلى من الواقع بالنسبة لشمولية التغطية، في حين أفادت (٧١,٤٪) من تلك المستشفيات بأن السبب هو تذمر من الإجراءات الإدارية أو تذمر من الدفعات الإضافية.

١٤- أفادت جميع المستشفيات محل الدراسة والمشتركة حاليًا في نظام للتأمين الصحي أن سبب المشكلات التي تحدث مع الجهات المتعاقد معها هو التأخر في دفع المطالبات المالية، في حين أفاد (٧٧,٨٪) من تلك المستشفيات بأن الأسباب هي عدم دفع بعض المطالبات المالية أو خصم مبالغ من المستحقات المالية، وأفاد (٦٦,٧ ٪) منها بأن السبب هو تعقيدات إدارية.

١٥- أفاد (٣٣,٣٪) من المستشفيات محل الدراسة، والمشتركة حاليًا في نظام للتأمين الصحي أن مستوى رضا المرضى المشتركين في هذا النظام عن جودة الخدمات المقدمة عالٍ للغاية، في حين أفاد (٦٦,٧٪) من تلك المستشفيات بأن مستوى رضا هؤلاء المرضى عالٍ إلى حد ما، ولم يفد أي من المستشفيات محل الدراسة عن وجود مستوى رضا منخفض.

١٦- استطلع (٥٥,٦٪) من المستشفيات محل الدراسة، والمشتركة حاليًا في نظام للتأمين الصحي، آراء المرضى المشاركين في هذا النظام؛ للتوصل لآرائهم حول مدى رضاهم عن الخدمات التي يقدمونها، وأفاد (٤٤,٤٪) من تلك المستشفيات أنها اعتمدت على عدد الشكاوى للتوصل لهذه النتيجة، كما أفاد (٣٣,٣٪) منها أنها توصلت لآراء هؤلاء المرضى عن طريق الانطباع الشخصي .

١٧- أفاد (٢٢,٢٪) من المستشفيات المشتركة حاليًا فى نظام للتأمين الصحى أن المرضى المشتركين فى هذا النظام راضون تمامًا - بوجه عام - عن الخدمات التى يقدمها لهم المستشفى، فى حين أفاد (٧٧,٨٪) من تلك المستشفيات أن هؤلاء المرضى راضون إلى حد ما، ولم تفد أى من المستشفيات عن وجود مرضى غير راضين عن الخدمات التى تقدم لهم.

١٨- أفادت جميع المستشفيات الموافقة على الاشتراك فى نظام الضمان الصحى التعاونى بأنها يمكن أن تقدم خدمات الكشف بالعيادات الخارجية وخدمات التنويم ضمن التغطية التأمينية المقدمة فى إطار نظام الضمان الصحى ، فى حين اختلفت استجابات المستشفيات بالنسبة لباقى الخدمات ، فتراوحت بين (٩٣,٣٪) بالنسبة لخدمات التحاليل المعملية والإشعاعية و(٢٦,٧ ٪) لبعض الخدمات الأخرى.

١٩- أفاد (١٣,٣٪) من المستشفيات الموافقة على الاشتراك فى نظام الضمان الصحى التعاونى أن تمويل هذا النظام يجب أن يكون عن طريق أرباب الأعمال ، فى حين أفاد (٦,٧٪) من تلك المستشفيات أن تمويل هذا النظام يجب أن يكون عن طريق المستفيدين (المرضى المؤمن عليهم) وأفاد (٨٠,٠٪) منها أن تدبير هذا التمويل يكون عن طريق أرباب الأعمال والمستفيدين معًا.

٢٠- أفاد (٦,٧٪) من المستشفيات الموافقة على الاشتراك فى نظام الضمان الصحى التعاونى - أن الجهة التى يجب أن تشرف على تطبيق هذا النظام هى وزارة الصحة ، فى حين أفاد (٥٣,٣٪) من تلك المستشفيات بأن هذه الجهة يجب أن تكون هيئة مشتركة من مقدمى الخدمة وشركات التأمين، وأفاد (٤٠,٠٪) من المستشفيات المشار إليها بأن الإشراف على تطبيق هذا النظام يجب أن يكون من قبل جهات أخرى.

٢١- أفاد (٦٤,٣٪) من المستشفيات الموافقة على الاشتراك فى نظام الضمان الصحى التعاونى بوجود الكوادر المدربة والقادرة على تنفيذ هذا النظام فى مقابل (٣٥,٧ ٪) من تلك المستشفيات أفاد بعدم وجود هذه الكوادر، فى حين أفاد (٨٥,٧٪) من المستشفيات المستجيبة بوجود نظام المعلومات اللازم لتنفيذ الضمان الصحى التعاونى فى مقابل (١٤,٣٪) من تلك المستشفيات نفت ذلك.

هـ- مقارنة أهم نتائج الشركات والمستشفيات:

١- تتفق شركات التأمين والمستشفيات على الخدمات المقدمة ، إذ تغطى جميع الشركات والمستشفيات خدمات الكشف بالعيادات الخارجية والتحاليل المعملية والفحوص الإشعاعية، فى حين تغطى (٨٨,٩٪) من المستشفيات و(٨٣,٣٪) من الشركات خدمات الأسنان الأساسية وتوفر جميع المستشفيات خدمات التوليد فيما تغطى هذه الخدمة (٩١,٧٪) من الشركات وتوفر (٨٨,٩٪) من المستشفيات خدمات التطعيم فيما تغطيها (٢٥٪) فقط من الشركات كما توفر جميع المستشفيات خدمات التنويم وتغطيها (٩١,٧٪) من الشركات. وقد يكون من الأجدى لشركات التأمين تغطية خدمات التطعيم الوقائية.

٢- تتفق الشركات والمستشفيات على اختلاف شمولية التغطية التأمينية أو الخدمة المقدمة حسب الجهات المتعاقد معها ، إذ يوجد اختلاف فى هذه الشمولية فى (٩١,٧٪) من الشركات و(٨٨,٩٪) من المستشفيات، وتختلف الشمولية فى (٣٦,٤٪) من الشركات و(٧٥٪) من المستشفيات بسبب رغبة العميل وتختفى الشمولية فى شركة واحدة وفى جميع المستشفيات حسب قيمة العقد أو البوليصة وتعزو (٥٤,٥٪) من الشركات ذلك إلى اختلاف شروط العقد وتعزو (١٢,٥٪) من المستشفيات الاختلاف إلى رغبة العميل واختلاف قيمة العقد معاً.

٣- ترى جميع المستشفيات و(٨٣,٣٪) من الشركات وجود مشكلات مع الجهات التى تتعاقد معها، وتعزو جميع المستشفيات أسباب هذه المشكلات إلى تأخر جهة التعاقد فى دفع مطالباتها، وتعزو (٧٠٪) من الشركات هذه المشكلات إلى تقديم المستشفيات خدمات لا يغطيها التأمين وترى (٧٧,٨٪) من المستشفيات أن أسباب هذه المشكلات يعود إلى عدم دفع بعض المطالبات وكذلك خصم مبالغ من المطالبات، فى حين تعزو (٩٠٪) من الشركات هذه المشكلات إلى إجراء فحوصات لا يحتاجها المريض وكذلك المبالغة فى طول فترة إقامة المريض فى المستشفى كما يعزو (٦٦,٧٪) من المستشفيات و(٦٠٪) من الشركات تلك المشكلات إلى تعقيدات إدارية لدى الجهة الأخرى . قد يكون من المناسب لكل من الشركات والمستشفيات

تحديد إجراءات ومنافع وحدود التغطية بدقة وتوضيحها بعناية للطرف الآخر ورفع مستوى التنسيق بينهما تفادياً للمشكلات.

٤- يتضح حدوث مشكلات بين (٧٥٪) من الشركات والمشتركين وكذلك بين (٧٧,٨٪) من المستشفيات والمرضى الخاضعين لنظام التأمين، وقد عزت (٥٥,٦٪) من الشركات وجميع المستشفيات هذه المشكلات إلى توقعات أعلى من الواقع لدى المشتركين بالنسبة لشمولية التغطية، وكذلك عزت (٥٥,٦٪) من الشركات و(٧١,٤٪) من المستشفيات المشكلات إلى تذمر المشتركين من الإجراءات الإدارية وعزت كذلك (٢٢,٢٪) من الشركات و(٧١,٤٪) من المستشفيات المشكلات التى بينها والمستفيدين إلى تذمرهم من وجود دفعات إضافية. وردت شركة واحدة أسباب هذه المشكلات إلى سوء استخدام بطاقة التأمين من قبل المشتركين. وقد تكمن المشكلة هنا فى عدم توضيح شروط وقيود ومنافع والتزامات عقود التأمين للمستفيدين من التغطية المتوافرة لهم لدى المستشفيات.

٥- يرى (٣٣,٤٪) من الشركات و(٢٢,٢٪) من المستشفيات أن مستوى رضا المستفيدين من خدماتهم عالٍ للغاية، ويرى كذلك (٦٦,٦٪) من الشركات و(٧٧,٨٪) من المستشفيات أن مستوى الرضا عالٍ إلى حد ما . ولا يرى أى الطرفين عدم رضا المستفيدين من خدماته. وتوصلت (٧٢,٧٪) من الشركات و(٥٥,٦٪) من المستشفيات إلى هذه الآراء من خلال استطلاع آراء المستفيدين، وتوصل (٨١,٨٪) من الشركات و(٦٦,٤٪) من المستشفيات إلى هذه الآراء من خلال عدد الشكاوى المقدمة لهم من المستفيدين كما توصل (٣٦,٤٪) من الشركات و(٢٢,٣٪) من المستشفيات إلى هذا الاستنتاج من خلال انطباعات المسئولين الشخصية.

٦- يرى أغلب الشركات (٥٨,٣٪) والمستشفيات (٨٠٪) أن يتم تمويل النظام الصحى التعاونى من خلال إسهام كل من أرباب العمل والمستفيدين، فى حين يرى (٤١٪) من الشركات و(١٣٪) من المستشفيات أن يتم التمويل عن طريق أرباب العمل فقط، ويرى (٦٪) فقط من المستشفيات أن يتم التمويل عن طريق المستفيدين.

التوصيات :

بناء على نتائج الدراسة الميدانية التى أجريت لاستطلاع آراء المستفيدين الذين سيطبق عليهم نظام الضمان الصحى التعاونى إلزاميًا، فى مرحلته الأولى حول هذا النظام، وكذلك التعرف على آراء الذين سيقومون على تنفيذه من المستشفيات وشركات التأمين العاملة بالمملكة، وعلى التحليل الذى تم للتعرف على مكونات هذا النظام؛ يمكن الخروج بالتوصيات التالية:

١- ضرورة التنسيق الفعال بين مقدمى الخدمة وشركات التأمين المشاركة فى تطبيق النظام، والتأكيد على توضيح حقوق والتزامات المشتركين؛ وذلك للحد من المشكلات التى تحدث بين المرضى ومقدمى الخدمة خاصة فيما يتعلق بتوقعات المشتركين فى التأمين حول شمولية التغطية لمختلف الخدمات، وكذلك فيما يتعلق بالدفعات الإضافية والمبالغ المقتطعة التى يتحملها المريض وأيضا للحد من الخلافات حول دفع الشركات لاستحقاقات المستشفيات والاتفاق على الإجراءات التى تتخذها المستشفيات والخدمات التى تقدمها ضمن التغطية التأمينية.

٢- إنشاء آلية لفض المنازعات وحل الخلافات بين شركات التأمين والمستشفيات حول المطالبات المالية التى تختلف فيها وجهات النظر بين كلا الجانبين، وذلك لعدم ضياع الحقوق المالية للمستشفيات من جهة، ومن جهة أخرى لعدم إدخال المستفيدين (المرضى) كطرف فى هذه النزاعات. وقد يكون من المفيد أن يناط إلى هذه الآلية تقصى مدى رضا المستفيدين عن الخدمات المقدمة لهم سواء من المستشفيات أو شركات التأمين، وعن المشكلات التى تواجههم عند التعامل مع هذه الجهات وأسباب هذه المشكلات والعمل على حلها.

٣- اشتمال تغطية الضمان على جميع الاحتياجات الوقائية والتشخيصية والعلاجية، بما فى ذلك خدمات الأسنان الأساسية. وتنبع أهمية الخدمات الوقائية من مساهمتها فى رفع المستوى الصحى للسكان وتخفيف الاستخدام على الخدمات التشخيصية والعلاجية بخاصة علاج الأمراض المزمنة وبالتالى تؤدى إلى ضبط تكاليف الرعاية الصحية. كما أن شمولية التغطية تؤدى إلى رفع مستوى رضا المشتركين وبالتالى استمرار اشتراكهم.

٤- أن تشمل التغطية جميع أفراد الأسرة المقيمين مع المشترك؛ وذلك لضمان شمولية التغطية التأمينية لجميع أفراد المجتمع وإزاحة أعباء التكاليف المباشرة لعلاج أفراد أسرة المشترك عن كاهله، وبالتالي رفع مستوى الرضا.

٥- أن يتراوح ما يتحمله المشترك من قسط التأمين السنوي بين (١٪) إلى (٢٪) من الراتب الشهري على أن يتحمل أرباب العمل ما يتبقى من تكلفة الضمان، وقد يشمل ذلك دفع مبالغ مقتطعة محددة عند تلقي الخدمة. وهذا حتى لا يكون إسهام المستفيد في دفع قسط التأمين عبئًا ماديًا عليه وعلى أسرته وحتى يتمكن من الاستمرار في القدرة على الاشتراك، وبتخفيض قيمة الجزء من القسط الذي يتحمله المشترك، يكون بالإمكان ضم أكبر عدد من المشتركين ورفع المستوى الصحي عامة. وبالإمكان تخفيض القسط من خلال دفع مبالغ مقتطعة عند تلقي الخدمة؛ الأمر الذي بدوره يحد من سوء استخدام الخدمات العلاجية والأدوية المنصرفة.

٦- ضمان حرية اختيار مقدمي الخدمة من قبل المستفيدين من الضمان؛ وذلك للحد من هيمنة مقدم خدمة منفرد ورفع باب التنافس بين مقدمي الخدمة؛ مما يرفع من مستوى الخدمات المقدمة ورفع مستوى الرضا.

٧- إنشاء هيئة للإشراف على تطبيق نظام الضمان الصحي التعاوني مكونة من ممثلين عن وزارة الصحة ومقدمي الخدمة وشركات التأمين ومجلس الضمان الصحي؛ وذلك لضمان عدم سيطرة جهة واحدة سيطرة تامة على سير نظام التأمين والإنصاف في وضع المعايير المتعلقة بتطبيق النظام.

٨- إنشاء الآليات اللازمة؛ لمراقبة ضمان جودة الخدمات الصحية المقدمة للمستفيدين من نظام الضمان الصحي التعاوني من قبل وزارة الصحة، وذلك وفقًا لما ورد بالمادة السادسة عشرة من النظام .

٩- البدء في تدريب الكوادر البشرية اللازمة، لتشغيل نظام الضمان الصحي التعاوني مع التركيز على الأنظمة الفرعية للسجلات الطبية والنظم المحاسبية ونظم المعلومات ومراجعة الاستخدام بالمستشفيات وتوفير جميع الإمكانات الفنية والمادية اللازمة لتقوية هذه الأنظمة.

١٠- توفير الإمكانات اللازمة لإجراء دراسة مشابهة لهذا البحث بعد مرور فترة زمنية كافية على تنفيذ نظام الضمان الصحي التعاوني؛ وتكون على نطاق أوسع بحيث تشمل عدة مدن ممثلة للمملكة.

المصادر:

أولاً- المصادر العربية:

- الأمانة العامة لهيئة كبار العلماء في المملكة العربية السعودية (١٣٩٧هـ): قرار رقم (٥١) في ١٣٩٧/٤/٤هـ.
- البرعي ، حسين محمد (١٩٩٦): "نظم الرعاية الصحية في بعض الدول الصناعية المتقدمة"، ورقة مقدمة **لندوة تقديم وتمويل الخدمات الصحية بين مسئوليات الدولة ودور القطاع الخاص** المنعقدة في الرياض في الفترة من ١٢ - ١٣ رجب ١٤١٧هـ الموافق ٢٣ - ٢٤ نوفمبر ١٩٩٦م .
- آل محمود، عبد اللطيف محمود (١٩٩٤): **التأمين الاجتماعي في ضوء الشريعة الإسلامية**. دار النفائس - بيروت.
- البريك ، سرى بن وائل (٢٠٠٠): "دور القطاع الصحي الخاص في تطبيق نظام الضمان الصحي التعاوني"، ورقة مقدمة في **ندوة الضمان الصحي التعاوني** المنعقدة بالغرفة التجارية بالدمام يوم ١٤٢٠/١١/١٧ هـ الموافق ٢٠٠٠/٢/٢٢م.
- البكر، محمد بن سالم (١٩٩٤): "أنماط التأمين الصحي" ، ورقة مقدمة في **ندوة التخطيط الصحي** الثامنة المنعقدة بالكويت في الفترة من ١١- ١٣ أبريل ١٩٩٤م.
- الدوسري، مسفر بن عتيق (١٩٩٦) "التأمين الصحي"، **الأموال** - العدد الثاني - السنة الأولى.
- الربيعة ، عثمان عبد العزيز (٢٠٠٠): "أهداف ومبررات الضمان الصحي"، ورقة مقدمة في **ندوة الضمان الصحي التعاوني** المنعقدة بالغرفة التجارية بالدمام يوم ١٤٢٠/١١/١٧هـ الموافق ٢٠٠٠/٢/٢٢م.
- الصالح ، محمد (١٩٩٧) : "التأمين الصحي الإلزامي في مصلحة الكفيل والمكفول"، **تجارة الرياض**، العدد ٤١٧ السنة السابعة والثلاثون - يونيه ١٩٩٧م - صفر ١٤١٨هـ.
- الفقيه، محمد بن راشد (١٩٩٨): "كيف نستطيع تقديم خدمات صحية جيدة؟ دور الضمان والتأمين وجهة نظر طبيب ممارس"، ورقة مقدمة **لندوة التأمين الصحي والضمان الصحي** المنعقدة في دولة البحرين -المنامة في الفترة من ٢٢ - ٢٣ صفر ١٤١٩هـ الموافق ١٧ يونيه ١٩٩٨م.
- الفنيسان، سعود بن عبد الله: "التأمين الصحي في المنظور الإسلامي- قضية للبحث"، **مجلة البحوث الفقهية المعاصرة**، السنة الثامنة، العدد الحادي والثلاثون، ١٤١٧ هـ ، ص ٢٠٢-٢١٠.

- ابن ثنيان ، سليمان إبراهيم (١٩٩٣): **التأمين وأحكامه**. دار العواصم المتحدة - بيروت.
- ابن سعيد، خالد (٢٠٠٠): **التأمين الصحى التعاونى**. مؤسسة دار المشورة لاستشارات الرعاية الصحية - الرياض .
- ابن سعيد ، خالد بن سعد (١٩٩٨) : "العوامل المؤثرة على أقساط التأمين الصحى"، **ندوة التأمين الصحى والضمان الصحى** التي عقدها مجلس التعاون لدول الخليج العربى فى المنامة بالبحرين فى الفترة من ٢٢-٢٣ صفر ١٤١٩هـ الموافق ١٦-١٧ يونيه ١٩٩٨م ، ص ٢٥-٣٥.
- ابن سعيد ، خالد وبدران بن عبد الرحمن العمر (١٩٩٦): "تجارب عالمية مختارة فى التأمين الصحى"، ورقة مقدمة **لندوة تقديم وتمويل الخدمات الصحية بين مسئوليات الدولة ودور القطاع الخاص** المنعقدة فى الرياض فى الفترة من ١٢ - ١٣ رجب ١٤١٧هـ الموافق ٢٣ - ٢٤ نوفمبر ١٩٩٦م.
- بيت الباحث العربى (١٤٢١ هـ): **التأمين التعاونى فى المملكة العربية السعودية الواقع والمشكلات والآفاق المستقبلية** - الرياض.
- حربى ، جلال عبد الحليم (١٩٩٤): "التأمين الصحى والتخطيط"، ورقة مقدمة فى **ندوة التخطيط الصحى الثامنة** المنعقدة بالكويت فى الفترة من ١١- ١٣ أبريل ١٩٩٤م (أ).
- حسن، مدحت عبد العزيز (١٩٩٤): "إستراتيجيات التمويل والتأمين الصحى" ، ورقة مقدمة فى **ندوة التخطيط الصحى الثامنة** المنعقدة بالكويت فى الفترة من ١١- ١٣ أبريل ١٩٩٤م.
- خليل، رضا محمد (٢٠٠٠): "قراءات على ضوء النظام" ، ورقة مقدمة فى **ندوة الضمان الصحى التعاونى** المنعقدة بالغرفة التجارية بالدمام يوم ١٤٢٠/١١/١٧ هـ الموافق ٢٠٠٠/٢/٢٢ م.
- ساعاتي، عبد الإله (١٩٩٨): "تطبيق نظام الضمان الصحى فى دول مجلس التعاون - الأهداف، المبررات، المحاذير" ، ورقة مقدمة **لندوة التأمين الصحى والضمان الصحى** المنعقدة فى دولة البحرين - المنامة في الفترة من ٢٢ - ٢٣ صفر ١٤١٩هـ الموافق ١٦ - ١٧ يونيه ١٩٩٨م.
- ساعاتي، عبد الإله (٢٠٠٠أ) : "الضمان الصحى التعاونى - رؤية مستقبلية "، ورقة مقدمة فى **ندوة الضمان الصحى التعاونى** المنعقدة بالغرفة التجارية بالرياض يوم ١٤٢٠/١٠/١٨هـ الموافق ٢٠٠٠/١/٢٥م.

- ساعاتي،عبد الإله (٢٠٠٠ب) : "رؤية تحليلية متأنية" ، ورقة مقدمة في **ندوة الضمان الصحي التعاوني** المنعقدة بالغرفة التجارية بالدمام يوم ١٧/١١/١٤٢٠هـ الموافق ٢٢/٢/٢٠٠٠م.
- شحاتة، محمد إبراهيم (١٩٩٦) : "ملائمة نظام التأمين الصحي وكيفية تطبيقه"، ورقة مقدمة **لندوة تقديم وتمويل الخدمات الصحية بين مسئوليات الدولة ودور القطاع الخاص** المنعقدة في الرياض في الفترة من ١٢ - ١٣ رجب ١٤١٧هـ الموافق ٢٣ - ٢٤ نوفمبر ١٩٩٦م.
- عبده، عيسى (١٩٧٧): **العقود الشرعية الحاكمة للمعاملات المالية المعاصرة.** دار الاعتصام - القاهرة.
- عمار، بدوي عبد الوهاب (١٩٩٦): "التأمين الصحي كيف يكون ناجحًا". **الاقتصاد،** العدد ٢٨٣ جمادى الآخرة ١٤١٧ هـ.
- مفتي، محمد حسن (٢٠٠٠) : "الضمان الصحي بين المزايا والمحاذير"، ورقة مقدمة في **ندوة الضمان الصحي التعاوني** المنعقدة بالغرفة التجارية بالدمام يوم ١٧/١١/١٤٢٠هـ الموافق ٢٢/٢/٢٠٠٠م.
- مهنا، إبراهيم (١٩٩٨): "التأمين الصحي والضمان الصحي ومسئولية رب العمل في تحمل ذلك - مسؤولية الدولة تجاه من لا يعملون وغير القادرين على شراء التأمين الصحي"، ورقة مقدمة **لندوة التأمين الصحي والضمان الصحي** المنعقدة في دولة البحرين - المنامة في الفترة من ٢٢ - ٢٣ صفر ١٤١٩هـ الموافق ١٦ - ١٧ يونيه ١٩٩٨م.
- وزارة الصحة بالمملكة العربية السعودية (٢٠٠٠)، **دليل نظام الضمان الصحي التعاوني.**

ثانياً- المصادر الأجنبية:

- Abd El Fattah, H. et al. (1977): "The Health Insurance Organization of Egypt: An Analytical Review and Strategy for Reform." **Technical Report No. 43.** Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform Progect, Abt Associates Inc.
- Adams, Orvill (1994): The Canada Health Care Insurance System." Paper presented at **The Social Financing of Health Care Services Conference** held in Cairo, Egypt, January 9-12, 1994.
- Almeida, C.; Baptista, T.; Travassos, C. and Porto, S. (2001): **"Health Sector Reform in Brazil"**. International Clearinghouse of Health System Reform Initiatives, Homepage at: www.insp.mx/ichsri/
- Aviva, Ron; Brian Abel-Smith; Giovanni Tamburi (1990): **Health Insurance in Developing Countries: The Social Security Approach.** International Labor Office, Geneva.

- Blendon, Robert; Benson John; Donelan Karen; Leitman Robert; et al (Winter 1995): "Who has the best health care system? A second look." **Health Affairs.** Vol 14 No 4, pp 220-225.
- Borch, K. (1990): **Economics of Insurance.** North-Holland Amsterdam; New York; Oxford; Tokyo.
- Booske, Bridget C.; Franois Sainfort, and Ann Schoofs Hundt (1999): "Eliciting Consumer Preferences for Health Plans" . **Health Services Research,** Vol 34, No 4. Homepage at: http://www.hsr.org/
- Calltorp Johan (1995): **The effects of market mechanisms in a public health care system: the case of Sweden International developments in health care.** Edited by Roger Williams, Royal College of Physicians of London
- **Canada Health Act** (2001) : homepage at www.hc.sc.gc.ca/
- Christensen, Lynne (Sept 1991): "The Highs and Lows of PPO's." Business and Health, pp 1-4.
- **Canada Health online** (2001) : homepage at www.hc.sc.gc.ca/
- De la Jara, Jorge J. (1994): "Chile Social Insurance Financing for Health" . . Paper presented at **The Social Financing of Health Care Services Conference** held in Cairo, Egypt, January 9-12, 1994.
- Dmitriev, M. et al. (2001): **Economic Problems of Health Services System Reform in Russia.** Homepage at: www.imf.org/
- Dmitriyeva, T. Health Minister of the Russian Federation (March 24, 1977): **The Russian Health care System: How to Survive.** From a statement at a press-conference.
- Editorials: "Caring for the Uninsured - Choices for Reform." **JAMA,** May 15, 1991-Vol. 265, No 19 P. 2563-2565.
- Eisenberg, Barry (1997):"Customer service in healthcare: A new era." **Hospital & Health Services Administration** Vol 42 No 1, 17-31.
-Enthoven, A. and R. Kronick (1991): "Universal Health Insurance Through Incentives Reform" **JAMA,** May 15, -Vol 265, No.19, PP 2532-2536.
-Enthoven, Alain, and Richard Kronick (1989): "A Consumer Choice - Health Plan for the 1990s" . **New England Journal Of Medicine** vol.320;No 1;PP 29-37
-Flood, Ann; Allen Fremont; Kinam Jin; David Bott et al. (Apr 1998): "How do HMO's Achieve Savings? The Effectiveness of one Organization's Strategies." **Health Services Research,** pp 79-98.
-Gawande, Atul; Robert Blendon; Mollyann Brodie; John Benson; et al (1998): "Does dissatisfaction with health plans stem from having no choices?" **Health Affairs.** Vol 17 No 5 pp 184-194.
-Guedira, Najib (1994 "Morocco, outlook of public sector financing." Paper presented at **The Social Financing of Health Care Services Conference** held in Cairo, Egypt, January 9-12, 1994.
-Hall, K. (July 23, 2001): "Japan's health insurance system nearly bankrupt." **Associated Press.**

-Ikeda, Shunya (1999): "Health Insurance System in Japan". Based on "Health Reform in Japan: The Virtues (and Limitations) of Muddling Through" by Ikegami and Campbell. Lecture outline-not published.

-**Japanese Health and Welfare System** (2002): Homepage at : http://www.Japanzone.com/new/welfare.shtml

-Keiser, James (1989): **Principles and Practice of Management in the Hospitality Industry** . Van Nostrand Reinhold, New York.

-Kennedy, Dennis and Martin Jennings (1998): "Beyond HMOs: Trends in employer direct contracting." **Healthcare Financial Management.** Vol 52 No 8 pp 45-48.

-Khater, Aly.(1994): "The Health Care System and Health Care Financing In Egypt: An Overview of Egypt's Current Health Care System with Special Focus on its Health Insurance Program." Paper presented at **The Social Financing of Health Care Services Conference** held in Cairo, Egypt, January 9-12, 1994.

- Kielmas, Maria (1999): "New laws may bring growth in Egypt," **Business Insurance**, August 30, 1999.

-Kubli, A. Barbabosa (1994): "The Mexican Social Security System." Paper presented at **The Social Financing of Health Care Services Conference** held in Cairo, Egypt, January 9-12, 1994.

-Moloney, T.W. and D.E. Rogers (1979): "Medical Technology-A Different View of the Continous Debate over costs." **New England Journal of Medicine,** 9-12.1994.

-MSF Hong Kong Annual Report (2000): **Access to Basic Health Care-A right For All: Russia.** Homepage at: www.msf.org.hk/

-Musleh-Ud-Din, Mohammad. (1982): **Insurance and Islamic Law.** Adams Publishers & Distributors New Delhi, India,

-National Social Insurance Board (1999a): **Social Insurance in Sweden** 1999, Riksforsakringsverket, Swedwn. Homepage at www.rft.se

-National Social Insurance Board (1999b): **Social Insurance Expenditure in Sweden 1999-2002,** Riksforsakringsverket, Swedwn. Homepage at www.rft.se.

-Pagtakham Rey D. (1995): Canada's health system: charting a new vision for the 21st century. **International developments in health care.** Edited by Roger Williams. Royal College of Physicians of London.

-Pollard, Stephen (1999): **Britain's NHS - Coping with change.** The Fraser Institute. Homepage at: www.fraserinstitute.ca/

-Press, Irwin; Ganey Rodney; Malone Mary (1991): "Satisfied Patients Can Spell Financial Well-Being." **Healthcare Financial Management.** Vol 45 No 2 pp 34-39.

-Rakich, Jonathan; Beaufort longest; and Kurt Darr (1985): **Managing Health Services Organizations.** W.B. Saunders Company, Philadelphia, Pa.

-Roemer, Milton I. (1977): **Comparative National Policies on Health Care**, Dekker Inc., New York.

-Rosenberg, Marjorie and Mark Browne (Oct 2001): **North American Actuarian Journal** , pp 84-96.

-Ross, Joseph (2001): "Keeping the focus on satisfaction" . **Healthcare Executive.** Vol 16 No 6 pp 62-64.

-Scott, Gail (2001): "Customer satisfaction: Six Strategies for continuous improvement" . **Journal of Healthcare Management.** Vol 46 No 2 pp 82-85.

-Spranca, Mark; David E. Kanouse; Marc Elliot; Pamela Farley and Ron D. Hays (2000): "Do Consumer Reports of Health Plan Affect Health Plan Selection?" **Health Services Research,** Vol. 35, No 5 Homepage at: http://www.hsr.org/

-**The Health Care System in France** (2001): homepage at: www.sante.gouv.fr

-Troy, Timothy (May 1999): "Research on member retention points out the value of relations" . **Managed Healthcare,** Vol 9 No 5 pp. 26-28.

-Vaughan, Emmett J. (1989): **Fundamentals of Risk and Insurance 5**th Edition. John Wiley and Sons, New York.

-Wagner, Lynn (1990): "Americans Least Satisfied with Health System." **Modern Healthcare**. Vol 20 No 28, pp 26-27

-Hsiao, Wiliam C. (1994): "Comparative Social Financing Systems: Lessons From International Experience." Paper presented at **The Social Financing of Health Care Services Conference** held in Cairo, Egypt, January 9-12, 1994.

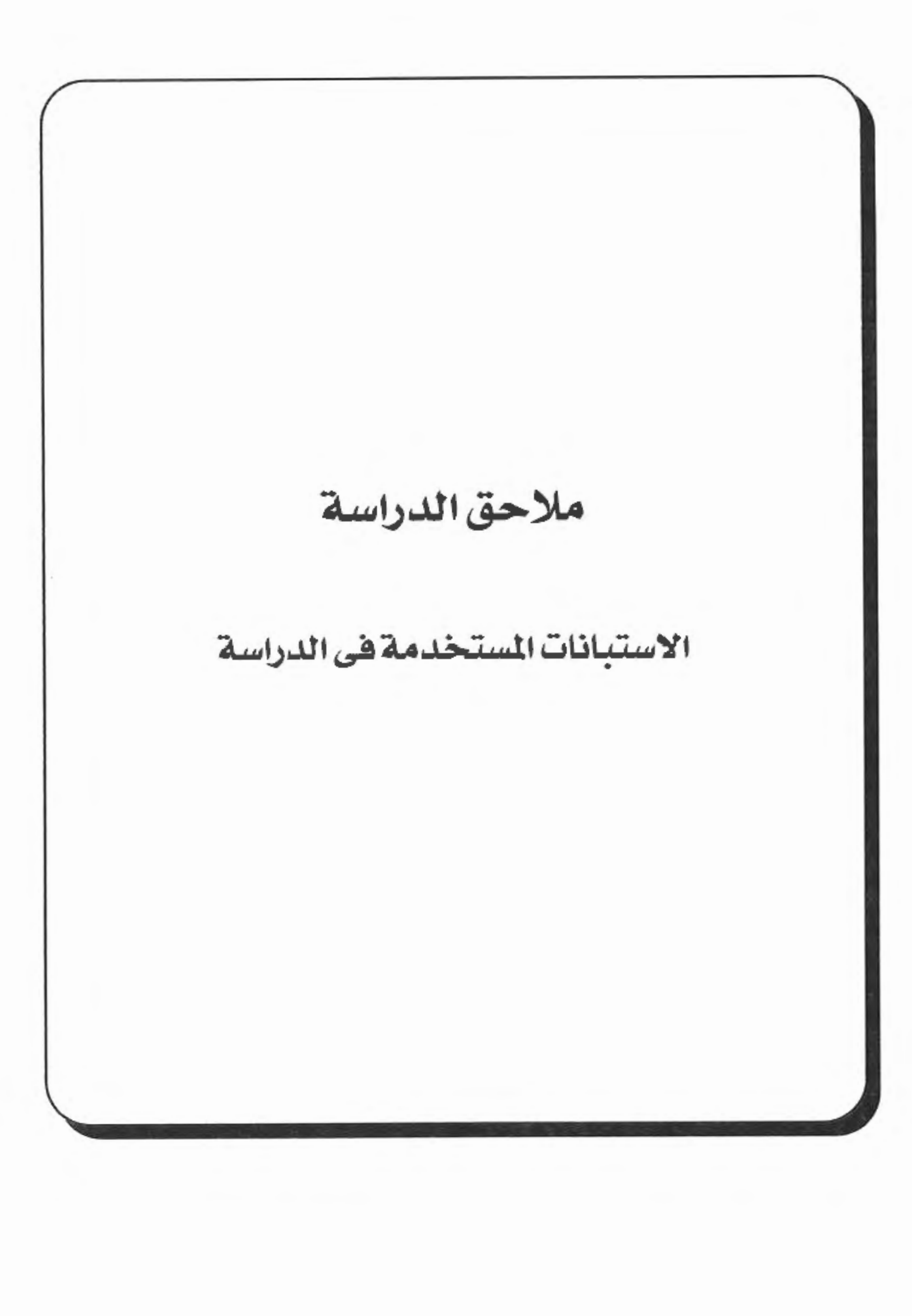
-Will, Theodore (1998): "Monitoring and improving quality are keys to preserving health cost savings." **Employee Benefit Plan Review** Vol 53 No 6, PP 8-9.

-World Bank (1987): **"Financing Health Services in Developing Countries"**- A World Bank Policy Study. Washington, D.C., U.S.A.

-Yunhwan, Lee; Judith Kasper (1998): "Assessment of medical care by elderly people: General Satisfaction and Physician Quality" **Health Services Research.** Vol 32 No 6 Homepage at: http://www.hsr.org/

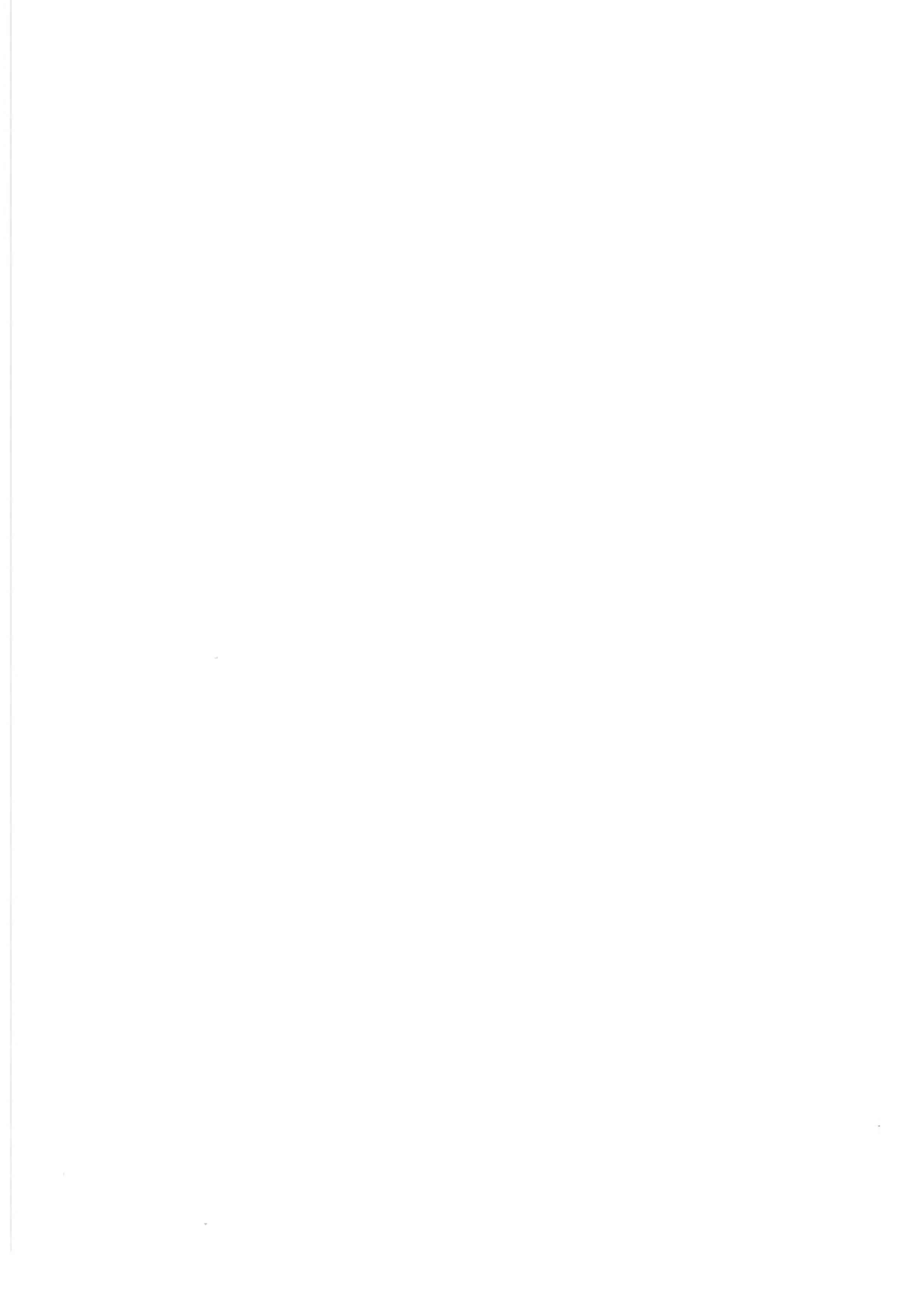
-Zuvekas, Samuel H. and Robin M. Weinick (1999): "Changes in Access to Care, 1977 through 1996 - The Role of Health Insurance." **Health Services Research,** Vol 34, No1. Homepage at: http://www.hsr.org/

-Zylberberg Laurent (1995): "Government plans in France." **International developments in health care.** Edited by Roger Williams. Royal college of Physicians of London .



ملاحق الدراسة

الاستبانات المستخدمة فى الدراسة



سعادة مدير مستشفى/

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته ..

الاستبانة التى بين يديكم مخصصة لجمع بيانات دراسة يقوم بها مركز البحوث فى معهد الإدارة العامة تستهدف معرفة آرائكم حول نظام التأمين الصحى التعاونى المزمع تطبيقه فى المملكة العربية السعودية قريبًا، علما بأنه سوف ينفذ إلزاميًا على جميع المقيمين فى المملكة العربية السعودية ويجوز تطبيقه على المواطنين لاحقًا.

ولما لتطبيق هذا النظام من أثر مباشر على المرافق الصحية عامة والمستشفيات خاصة، ولأهمية آرائكم فى إنجاح أهداف هذه الدراسة نأمل تفضلكم بالإجابة على جميع أسئلة وبنود هذه الاستبانة، علمًا بأن المعلومات التى ستزودنا بها ستكون موضع السرية التامة ولن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمى فقط.

شاكرين لسعادتكم حسن تعاونكم واستجابتكم.

الباحثـــان

د. عبد المحسن صالح الحيدر

أ. د. محمد على التركى

استبانة استطلاع آراء إداريي المستشفيات .

للاستخدام الرسمي فقط ٥
S.N. ☐☐☐☐

١- اسم المستشفى : ....

٢- عدد الأسرَّة : ....

٣- تبعية المستشفى:

١- قطاع خاص ٢- وزارة الصحة ٣- أخرى (تذكر) ....

٤- هل تشترك المستشفى حالياً فى نظام للتأمين الصحى؟

☐ ١- نعم ☐ ٢- لا

فى حالة الإجابة "بنعم" عن السؤال رقم (٤) أجب عن الأسئلة من (٥) إلى (٤٠) فقط.

فى حالة الإجابة "بلا" عن السؤال رقم (٤) اذهب مباشرة إلى السؤال رقم (٤٠) وما يليه من أسئلة.

٥- ما طول فترة تعاملكم بنظام التأمين الصحى؟ : .... سنة

٦- ما نوعية الخدمات التى تقدمها المستشفى فى إطار نظم التأمين الصحى الحالية؟ (يمكن اختيار أكثر من خدمة):

☐ ١- خدمات الأطباء (الكشف بالعيادات الخارجية)
☐ ٢- خدمات الأسنان
☐ ٣- التحاليل المعملية
☐ ٤- الفحوص الإشعاعية
☐ ٥- خدمات التوليد
☐ ٦- خدمات التطعيم
☐ ٧- التنويم بالمستشفى
☐ ٨- أخرى (تذكر) ....

٧- هل تختلف شمولية التغطية باختلاف الجهات التى تتعاقدون معها؟

☐ ١- نعم ☐ ٢- لا

٨- فى حالة الإجابة "بنعم"، ما هى أسباب هذا الاختلاف؟ (يمكن اختيار أكثر من سبب):

☐ ١- رغبة العميل

☐ ٢- اختلاف القيمة المالية للعقد

☐ ٣ - أخرى (تذكر) ....

٩- هل تختلف شمولية التغطية بين منسوبي الجهة الواحدة من الجهات التى تتعاقدون معها؟

☐ ١- نعم ☐ ٢- لا

١٠- فى حالة الإجابة "بنعم" ، ما هى أسباب هذا الاختلاف؟ (يمكن اختيار أكثر من سبب):

☐ ١- رغبة أرباب العمل

☐ ٢- اختلاف القيمة المالية للعقد

☐ ٣- اختلاف موقع المستفيد فى السلم الوظيفى لجهة عمله

☐ ٤- أخرى (تذكر) ....

١١- كيف يتم تمويل هذه الخدمات؟ (يمكن اختيار أكثر من طريقة):

☐ ١- من خلال عقود مع شركات التأمين

☐ ٢- من خلال عقود مباشرة مع أصحاب العمل

☐ ٣- من خلال عقود مباشرة مع المرضى

☐ ٤- من خلال عقود مع التأمينات الاجتماعية

☐ ٥- أخرى (تذكر) ....

السؤال	لا يدفع	يدفع (اكتب المبلغ)
١٢- هل يدفع المريض مبلغًا قابلاً للاقتطاع نظير تقديم الخدمة الصحية له بعد تجاوز التكلفة حداً معيناً ؟	.	.... ريال
١٣- هل يدفع المريض نسبة من التكلفة نظير تقديم خدمات الأطباء ؟	.	.... ريال أو ٪
١٤- هل يدفع المريض نسبة من التكلفة نظير تلقيه الأدوية ؟	.	.... ريال أو ٪
١٥- هل يدفع المريض نسبة من التكلفة نظير التحاليل المخبرية ؟	.	.... ريال أو ٪
١٦- هل يدفع المريض نسبة من التكلفة نظير الفحوص الإشعاعية ؟	.	.... ريال أو ٪
١٧- هل يدفع المريض نسبة من التكلفة نظير خدمات التنويم؟	.	.... ريال أو ٪

السؤال	١ نعم	٢ لا
١٨- هل يتم استرداد تكاليف خدمات التأمين الصحى فى فترة زمنية مقبولة ؟		

١٩- فى حالة الإجابة "بلا" على السؤال رقم (١٨) ، اذكر أسباب التأخير (يمكن اختيار أكثر من سبب):

- ☐ ١- تعقيدات إدارية.
- ☐ ٢- عدم موافقة الجهة التى تتعامل معها على قيمة الفواتير.
- ☐ ٣- نقص فى ميزانية الجهة التى تتعامل معها.
- ☐ ٤- أخرى (تذكر) ....

٢٠- هل توجد مستحقات مالية للمستشفى خاصة بخدمات التأمين الصحى لا يتم استردادها ؟

١ نعم	٢ لا

٢١- فى حالة الإجابة "بنعم" على السؤال رقم (٢٠)، اذكر الأسباب (يمكن اختيار أكثر من سبب) :

☐ ١- تعقيدات إدارية.

☐ ٢- عدم موافقة الجهة التى تتعامل معها على قيمة الفواتير.

☐ ٣- عدم موافقة الجهة التى تتعامل معها على الخدمات المقدمة من قبل المستشفى.

☐ ٤- أخرى (تذكر) ....

٢٢- وفقًا لتعاقداتكم الحالية، هل يمكن للمريض اختيار الطبيب المعالج ؟

٢٣- هل تحدث مشكلات مع المرضى الخاضعين للتأمين الصحى الذين تتعاملون معهم ؟

١ نعم	٢ لا

٢٤- فى حالة الإجابة "بنعم" على السؤال رقم (٢٣)، ما هى طبيعة هذه المشكلات ؟ (يمكن اختيار أكثر من مشكلة) :

☐ ١- توقعات أعلى من الواقع بالنسبة لشمولية التغطية.

☐ ٢- تذمر من الإجراءات الإدارية.

☐ ٣- تذمر من الدفعات الإضافية (إن وجدت).

☐ ٤- أخرى (تذكر) ....

٢٥- هل تحدث مشكلات مع الجهات التى تتعاقدون معها وفقا لنظم التأمين الصحى الحالية؟

١ نعم	٢ لا

٢٦- فى حالة الإجابة "بنعم" ما هى طبيعة هذه المشكلات؟ (يمكن اختيار أكثر من مشكلة)

☐ ١- التأخر فى دفع المطالبات المالية.

☐ ٢- عدم دفع بعض المطالبات المالية.

☐ ٣- خصم مبالغ من المستحقات المالية للمستشفى.

☐ ٤- تعقيدات إدارية.

☐ ٥- أخرى (تذكر) ....

٢٧- هل توجد إجراءات خاصة لمرضى التأمين الصحى تختلف عن الإجراءات التى تتبع مع باقى المرضى؟

١ نعم	٢ لا

٢٨- فى حالة الإجابة "بنعم" على السؤال رقم (٢٧) ، ما هى هذه الإجراءات؟ (يمكن اختيار أكثر من إجراء):

☐ ١- تعبئة نماذج خاصة

☐ ٢- اختبارات إشعاعية روتينية

☐ ٣- تحليلات معملية روتينية

☐ ٤- أخرى (تذكر) ....

٢٩- ما نسبة معاملات التأمين الصحى من إجمالى نشاط المستشفى؟..............٪..........

٣٠- ما رأيك فى جودة الخدمات المقدمة لمرضى التأمين الصحى بالمستشفى؟

☐ ١- عالية للغاية ☐ ٢- عالية إلي حد ما ☐ ٣- منخفضة

٣١- كيف توصلت لهذا الرأى؟ (يمكن اختيار أكثر من طريقة):

☐ ١- استطلاع أراء المشتركين

☐ ٢- عدد الشكاوى

☐ ٣- انطباع شخصى

☐ ٤- أخرى (تذكر) ....

	١ نعم	٢ لا
٣٢- هل يوجد لدى المستشفى معايير إكلينيكية مكتوبة للخدمات التى تقدمها؟		
٣٣- هل يوجد لدى المستشفى معايير إجرائية مكتوبة للخدمات التى تقدمها؟		

٣٤- ما رأيك فى سهولة إجراءات تقديم الخدمة لمرضى التأمين الصحى بالمستشفى؟

☐ ١- سهلة للغاية ☐ ٢- سهلة إلى حد ما ☐ ٣- غير سهلة

٣٥- كيف توصلت لهذا الرأى؟ (يمكن اختيار أكثر من طريقة):

☐ ١- استطلاع آراء المشتركين

☐ ٢- عدد الشكاوى

☐ ٣- انطباع شخصى

☐ ٤- أخرى (تذكر) ....

٣٦- ما رأيك فى رضا المرضى الخاضعين للتأمين الصحى عن الخدمات التى تقدم لهم بالمستشفى؟

☐ ١- راضون للغاية ☐ ٢- راضون إلى حد ما ☐ ٣- غير راضين

٣٧- كيف توصلت لهذا الرأى؟

☐ ١- استطلاع آراء المشتركين

☐ ٢- عدد الشكاوى

☐ ٣- انطباع شخص

☐ ٤- أخرى (تذكر) ....

	١ نعم	٢ لا
٣٨- هل يتم سوء استخدام للخدمات التى تقدمها المستشفى من قبل بعض المرضى الخاضعين للتأمين الصحى؟		

٣٩- فى حالة الإجابة "بنعم"، اذكر كيف يتم ذلك؟ (يمكن اختيار أكثر من طريقة):

☐ ١- استخدام التأمين من قبل أشخاص غير مؤمن عليهم.

☐ ٢- كثرة التردد على العيادات بدون حاجة فعلية.

☐ ٣- سوء استخدام الأدوية المنصرفة.

☐ ٤- أخرى (تذكر) ....

٤٠- فى حالة تطبيق نظام الضمان الصحى التعاونى المزمع تنفيذه قريبًا، هل سيكون فى إمكان المستشفى الاشتراك فى هذا النظام؟

١ نعم	٢ لا

فى حالة الإجابة "بنعم" عن السؤال رقم (٤٠) أجب عن الأسئلة من (٤١) إلى (٤٧)

فى حالة الإجابة "بلا" عن السؤال رقم (٤٠) اذهب مباشرة إلى السؤال رقم (٤٨)

٤١- فى حالة الإجابة "بنعم"، ما نوعية الخدمات التى يمكن أن تقدمها المستشفى فى إطار نظام التأمين الصحى؟ (يمكن اختيار أكثر من خدمة):

☐ ١- الكشف بالعيادات الخارجية

☐ ٢- خدمات الأسنان

☐ ٣- التحاليل المعملية

☐ ٤- الفحوص الإشعاعية

☐ ٥- خدمات التوليد

☐ ٦- خدمات التطعيم

☐ ٧- التنويم بالمستشفى

☐ ٨- أخرى (تذكر) ....

٤٢- في رأيك، كيف يمكن تدبير التمويل اللازم لتطبيق نظام الضمان الصحي التعاوني في المملكة؟

☐ ١- عن طريق أرباب الأعمال.

☐ ٢- عن طريق المستفيدين (المؤمن عليهم).

☐ ٣- عن طريق أرباب الأعمال والمستفيدين.

☐ ٤- أخرى (تذكر) ....

٤٣- في رأيك، ما هي الجهة التي يجب أن تشرف على تطبيق نظام الضمان الصحي التعاوني في المملكة؟

☐ ١- وزارة الصحة.

☐ ٢- التأمينات الاجتماعية.

☐ ٣- هيئة مشتركة من مقدمي الخدمة وشركات التأمين.

☐ ٤- أخرى (تذكر) ....

	١ نعم	٢ لا
٤٤- هل يوجد لدى المستشفي الكوادر المدربة والقادرة على تنفيذ نظام الضمان الصحي التعاوني؟		
٤٥- هل يوجد لدى المستشفى نظام المعلومات القادر على استيعاب هذا النشاط الجديد؟		
٤٦- هل يوجد لدى المستشفى معايير إكلينيكية مكتوبة للخدمات التي تقدمها؟		
٤٧- هل يوجد لدى المستشفى معايير إجرائية مكتوبة للخدمات التي تقدمها؟		

٤٨- ما هي أسباب عدم إمكانية اشتراك المستشفى في نظام الضمان الصحي التعاوني؟

....

....

....

....

سعادة مدير شركة/

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته ..

الاستبانة التى بين يديكم مخصصة لجمع بيانات دراسة يقوم بها مركز البحوث في معهد الإدارة العامة تستهدف معرفة آرائكم حول نظام التأمين الصحى التعاونى المزمع تطبيقه فى المملكة العربية السعودية قريبًا، علما بأنه سوف ينفذ إلزاميًا على جميع المقيمين فى المملكة العربية السعودية ويجوز تطبيقه على المواطنين لاحقًا.

ولما لتطبيق هذا النظام من أثر مباشر على المؤسسات التأمينية، ولأهمية آرائكم فى إنجاح أهداف هذه الدراسة نأمل تفضلكم بالإجابة على جميع أسئلة وبنود هذه الاستبانة، علمًا بأن المعلومات التى ستزودنا بها ستكون موضع السرية التامة ولن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي فقط.

شاكرين لسعادتكم حسن تعاونكم واستجابتكم.

الباحثـــان

د. عبد المحسن صالح الحيدر		أ. د. محمد على التركى

استبانة استطلاع آراء إداريى شركات التأمين

للاستخدام الرسمى فقط ٦
S.N.

١- اسم الشركة : ....

٢- عدد العاملين : ....

٣- عدد سنوات خبرة الشركة فى مجال التأمين : ....

٤- كم يبلغ عدد المشتركين فى الخدمات التأمينية للشركة؟ ....

٥- كيف يتم تسويق خدماتكم؟

☐ ١- إعلانات

☐ ٢- مندوبين إلى أرباب العمل

☐ ٣- مندوبين إلى الأفراد

☐ ٤- اتصالات هاتفية

☐ ٥- أخرى (تذكر) ....

٦- هل تشتمل خدماتكم على التأمين الصحى؟

☐ ١- نعم ☐ ٢- لا

فى حالة الإجابة عن السؤال رقم (٦) "بنعم" أجب عن الأسئلة من (٧) إلى (٣٢)

فى حالة الإجابة عن السؤال رقم (٦) "بلا" اذهب مباشرة إلى السؤال رقم (٣٢) وما يليه من أسئلة

٧- هل تقدمون خدمات التأمين الصحى لعملائكم مباشرة أو كوسطاء لشركات أخرى؟

☐ ١- مباشرة للعملاء ☐ ٢- كوسطاء لشركات أخرى

٨- ما نسبة معاملات التأمين الصحى إلى مجموع معاملاتكم التأمينية؟

............................٪............................

٩- ما هي الطرق المتبعة لديكم للتعاقد على التأمين الصحي؟ (يمكن اختيار أكثر من طريقة):

- [ ] ١- عقود مع أرباب العمل
- [ ] ٢- عقود مع جهات حكومية
- [ ] ٣- عقود مباشرة مع أفراد
- [ ] ٤- أخرى (تذكر) ....

١٠- كم يتراوح معدل القسط السنوي للمشترك في التأمين الصحي؟

- [ ] ١- من ١٠٠٠ ريال إلى أقل من ١٥٠٠ ريال
- [ ] ٢- من ١٥٠٠ ريال إلى أقل من ٢٠٠٠ ريال
- [ ] ٣- من ٢٠٠٠ ريال إلى أقل من ٢٥٠٠ ريال
- [ ] ٤- من ٢٥٠٠ ريال إلى أقل من ٣٠٠٠ ريال
- [ ] ٥- من ٣٠٠٠ ريال إلى أقل من ٣٥٠٠ ريال
- [ ] ٦- من ٣٥٠٠ ريال فأكثر

	لا يدفع	يدفع (اكتب المبلغ)
١١- هل يدفع المريض مبلغًا قابلاً للاقتطاع نظير تقديم الخدمة الصحية له بعد تجاوز التكلفة حداً معيناً ؟	•	.... ريال
١٢- هل يدفع المريض نسبة من التكلفة نظير تقديم خدمات الأطباء ؟	•	.... ريال أو ٪
١٣- هل يدفع المريض نسبة من التكلفة نظير تلقيه الأدوية ؟	•	.... ريال أو ٪
١٤- هل يدفع المريض نسبة من التكلفة نظير التحاليل المخبرية ؟	•	.... ريال أو ٪
١٥- هل يدفع المريض نسبة من التكلفة نظير الفحوص الإشعاعية ؟	•	.... ريال أو ٪
١٦- هل يدفع المريض نسبة من التكلفة نظير خدمات التنويم ؟	•	.... ريال أو ٪

١٧- ما مدى شمولية خدمة التأمين الصحى التى تغطونها؟ (يمكن اختيار أكثر من خدمة):

☐ ١- الكشف بالعيادات الخارجية.
☐ ٢- خدمات الأسنان.
☐ ٣- التحاليل المعملية.
☐ ٤- الفحوص الإشعاعية.
☐ ٥- خدمات التوليد.
☐ ٦- خدمات التطعيم.
☐ ٧- التنويم بالمستشفى.
☐ ٨- أخرى (تذكر) ....

١٨- هل تختلف شمولية التغطية باختلاف الجهات التى تتعاقدون معها؟

١ نعم	٢ لا

١٩- فى حالة الإجابة بنعم، ما هى أسباب هذا الاختلاف؟ (يمكن اختيار أكثر من سبب)

١- رغبة العميل.
٢- اختلاف قيمة البوليصة.
٣- أخرى (تذكر) ....

٢٠- هل تتعاملون مع مستشفيات محددة لتقديم الخدمات الطبية للمشتركين؟

١ نعم	٢ لا

٢١- فى حالة الإجابة بنعم على السؤال رقم (٢٠)، ما عدد هذه المستشفيات؟

....

	في ظل أنظمة التأمين التي تتعاملون بها حالياً:	١ نعم	٢ لا
٢٢	هل يمكن للمريض اختيار المستشفى المعالج؟		
٢٣	هل يمكن للمريض اختيار الطبيب المعالج؟		
٢٤	هل تحدث مشكلات مع المستشفيات التي تتعاملون معها؟		

٢٥- في حالة الإجابة بنعم على السؤال رقم (٢٤) ، ما هي طبيعة هذه المشكلات؟ (يمكن اختيار أكثر من مشكلة)

- ☐ ١- تقديم خدمات للمرضى لا يغطيها التأمين
- ☐ ٢- إجراء فحوصات لا يحتاجها المرضى
- ☐ ٣- المبالغة في طول فترة تنويم المريض
- ☐ ٤- تعقيدات إدارية
- ☐ ٥- أخرى (تذكر) ....

١ نعم	٢ لا

٢٦- هل تحدث مشكلات مع المشتركين الذين تتعاملون معهم؟

٢٧- في حالة الإجابة بنعم ما هي طبيعة هذه المشكلات؟

- ☐ ١- توقعات أعلى من الواقع بالنسبة لشمولية التغطية
- ☐ ٢- تذمر من الإجراءات الإدارية
- ☐ ٣- تذمر من الدفعات الإضافية (إن وجدت)
- ☐ ٤- أخرى (تذكر) ....

١ عالية للغاية	٢ عالية إلى حد ما	٣ منخفضة

٢٨- ما رأيك في مستوى رضا المشتركين عن خدماتكم ؟

٢٩- كيف توصلت لهذا الرأى؟ (يمكن اختيار أكثر من طريقة)

☐ ١- استطلاع آراء المشتركين.

☐ ٢- عدد الشكاوى .

☐ ٣- انطباع شخصى.

☐ ٤- أخرى (تذكر) ....

٣٠- هل تتأخر مستحقات المستشفيات لديكم فى بعض الأحيان؟

١ نعم	٢ لا

٣١- فى حالة الإجابة بنعم عن السؤال رقم (٣٠) ، ما هى أسباب هذا التأخير؟ (يمكن اختيار أكثر من سبب)

☐ ١- المبالغة فى قيمة الفواتير.

☐ ٢- نقص فى السيولة.

☐ ٣- طول الإجراءات الإدارية المرتبطة ببعض الحالات.

☐ ٤- أخرى (تذكر) ....

٣٢- فى حالة تطبيق نظام الضمان الصحى التعاونى المزمع تنفيذه قريباً، هل سيكون فى إمكان الشركة الاشتراك فى هذا النظام؟

١ نعم	٢ لا

فى حالة الإجابة "بنعم" عن السؤال رقم (٣٢) أجب عن الأسئلة من (٣٣) إلى (٣٩)

فى حالة الإجابة "بلا" عن السؤال رقم (٣٢) اذهب مباشرة إلى السؤال رقم (٤٠)

٣٣- فى رأيك ، ما هى الفئات التى يجب أن يشملها نظام الضمان الصحى التعاونى عند بداية تطبيقه لكى ينجح اقتصادياً بالنسبة لشركات التأمين؟

١- المقيمون غير السعوديين فقط.

٢- السعوديون فقط.

٣- المقيمون والسعوديون.

		١ نعم	٢ لا
٣٤	في رأيك، هل يجب أن يكون تطبيق الضمان الصحى التعاونى إجبارياً؟		
٣٥	هل يوجد لدى الشركة الكوادر المدربة والقادرة على تنفيذ نظام الضمان الصحى التعاونى؟		
٣٦	هل يوجد لدى الشركة نظام المعلومات القادر على استيعاب هذا النشاط الجديد؟		

٣٧- ما نوعية التغطية التى يمكن أن تقدمها الشركة فى إطار نظام الضمان الصحى التعاونى المزمع تطبيقه؟ (يمكن اختيار أكثر من نوعية)

☐ ١- الكشف بالعيادات الخارجية.

☐ ٢- خدمات الأسنان.

☐ ٣- التحاليل المعملية.

☐ ٤- الفحوص الإشعاعية.

☐ ٥- خدمات التوليد.

☐ ٦- التنويم بالمستشفى.

☐ ٧- أخرى (تذكر) ....

٣٨- فى رأيك ، كيف يمكن تدبير التمويل اللازم لتطبيق نظام الضمان الصحى التعاونى فى المملكة؟

☐ ١- عن طريق أرباب الأعمال.

☐ ٢- عن طريق المستفيدين.

☐ ٣- عن طريق أرباب الأعمال والمستفيدين.

☐ ٤- أخرى (تذكر) ....

٣٩- فى رأيك، ما هى الجهة التى يجب أن تشرف على تطبيق نظام الضمان الصحى التعاونى فى المملكة؟

☐ ١- وزارة الصحة.

☐ ٢- التأمينات الاجتماعية.

☐ ٣- هيئة مشتركة من مقدمى الخدمة وشركات التأمين.

☐ ٤- أخرى (تذكر) ....

٤٠- ما هى أسباب عدم إمكانية اشتراك الشركة فى نظام الضمان الصحى التعاونى؟

....

....

....

....

عزيزى/ المقيم

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته ..

الاستبانة التى بين يديكم مخصصة لجمع بيانات دراسة يقوم بها مركز البحوث فى معهد الإدارة العامة تستهدف معرفة آرائكم حول نظام التأمين الصحى التعاونى المزمع تطبيقه فى المملكة العربية السعودية قريبًا، علما بأنه سوف ينفذ إلزاميًا على جميع المقيمين، ولا يجوز منح رخص الإقامة ولا تجديدها إلا بعد الحصول على وثيقة الضمان الصحى.

ولما لتطبيق هذا النظام من أثر مباشر على جميع المقيمين ولأهمية آرائكم فى إنجاح أهداف هذه الدراسة نأمل تفضلكم بالإجابة عن جميع أسئلة وبنود هذه الاستبانة، علمًا بأن المعلومات التى ستزودنا بها ستكون موضع السرية التامة ولن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمى فقط.

ونورد فيما يلى بعض أهم عناصر هذا النظام للتعرف عليه والمساعدة فى الإجابة عن أسئلة الاستبانة:

- لا يجوز منح رخص الإقامة ولا تجديدها إلا بعد الحصول على وثيقة الضمان الصحى.
- يحدد مجلس الضمان الصحى أفراد أسرة المستفيد المشمولين بالضمان وكيفية ونسبة مساهمة كل من المستفيد وصاحب العمل فى قيمة الاشتراك فى الضمان.
- يشترط أن تغطى وثيقة الضمان الصحى الخدمات الصحية الأساسية والإجراءات الوقائية والفحوصات المخبرية والشعاعية إضافة إلى الإقامة والعلاج فى المستشفيات ومعالجة أمراض الأسنان واللثة عدا التقويم والأطقم الصناعية.
- يكون علاج العاملين فى الجهات الحكومية وأفراد أسرهم فى المرافق الصحية الحكومية إذا نصت عقودهم على حق العلاج.
- يحل المقيم غير المشمول بكفالة عمل محل صاحب العمل فى الالتزامات المترتبة على صاحب العمل.

مع جزيل الشكر على جهودكم وتعاونكم.

الباحثـــان

د. عبدالمحسن صالح الحيدر　　　　أ. د. محمد على التركى

استبانة استطلاع آراء المقيمين غير السعوديين المشتركين حالياً فى نظام للتأمين الصحى

للاستخدام الرسمى فقط
٢ S.N.

١- العمر : ....

٢- الجنس:

☐ ١- ذكر ☐ ٢- أنثى

٣- الجنسية : ....

٤- محل الإقامة (الحى) : ....

٥- المستوى التعليمى:

☐ ١- أقل من ثانوى ☐ ٢- ثانوى ☐ ٣- جامعى

☐ ٤- ماجستير ☐ ٥- دكتوراه

٦- الحالة الاجتماعية:

☐ ١- أعزب ☐ ٢- متزوج ☐ ٣- مطلق ☐ ٤- أرمل

٧- جهة العمل :

☐ ١- حكومية ☐ ٢- غير حكومية

٨- مجال الوظيفة / المهنة :

☐ ١- المبيعات ☐ ٤- الخدمات العامة

☐ ٢- التعليم ☐ ٥- أعمال حرفية

☐ ٣- الخدمات الطبية ☐ ٦- أخرى (تذكر) ....

٩- عدد أفراد الأسرة المقيمين معك حالياً : ....

١٠- الدخل الشهرى:

☐ ١- أقل من ٢٠٠٠ ريال.

☐ ٢- من ٢٠٠٠ ريال إلى أقل من ٤٠٠٠ ريال.

☐ ٣- من ٤٠٠٠ ريال إلى أقل من ٦٠٠٠ ريال.

☐ ٤- من ٦٠٠٠ ريال إلى أقل من ٨٠٠٠ ريال.

☐ ٥- من ٨٠٠٠ ريال إلى أقل من ١٠٠٠٠ ريال

☐ ٦- من ١٠٠٠٠ ريال إلى أقل من ١٢٠٠٠ ريال

☐ ٧- من ١٢٠٠٠ ريال إلى أقل من ١٤٠٠٠ ريال

☐ ٨- من ١٤٠٠٠ ريال فأكثر

١١- كيف تم اشتراكك في نظام التأمين الصحي الحالي؟

☐ ١- عقد شخصي مع شركة تأمين ☐ ٢- عقد شخصي مع مستشفى

☐ ٣- بواسطة جهة العمل ☐ ٤- أخرى (تذكر) ....

١٢- ما مدة هذا الاشتراك؟ ....

١٣- ما مقدار القسط السنوي؟ .... ريال

١٤- من يدفع هذا القسط؟

☐ ١- جهة العمل ☐ ٢- المؤمن عليه

☐ ٣- مشاركة بين جهة العمل والمؤمن عليه ☐ ٤- أخرى (تذكر) ....

١٥- كم عدد أفراد الأسرة الذين تغطيهم خدمة التأمين الحالية؟

☐ ١- جميع أفراد الأسرة

☐ ٢- رب الأسرة والزوجة

☐ ٣- رب الأسرة فقط

☐ ٤- أخرى (تذكر) ....

١٦- هل تدفع مبلغاً مقتطعاً نظير الخدمات الصحية التي تقدم لك بعد تجاوز التكلفة حداً معيناً؟

☐ ١- نعم

☐ ٢- لا

١٧- في حالة الإجابة بنعم ، ما قيمة هذا المبلغ؟ .... ريال

		لا أدفع	أدفع (اكتب الرقم)
١٨	ما قيمة أو نسبة التكلفة التى تدفعها نظير تقديم خدمات الأطباء التى تتلقاها عند كل زيارة؟		.... ريال أو ٪
١٩	ما قيمة أو نسبة التكلفة التى تدفعها نظير الأدوية التى تتلقاها عند كل زيارة؟		.... ريال أو ٪
٢٠	ما قيمة أو نسبة التكلفة التى تدفعها نظير التحاليل المعملية والإشعاعية؟		.... ريال أو ٪
٢١	ما قيمة أو نسبة التكلفة التى تدفعها نظير خدمات التنويم فى المستشفيات؟		.... ريال أو ٪

	فى ظل النظام التأمينى الحالى الذى تحمله :	١ نعم	٢ لا
٢٢	هل تغطى الخدمات المتاحة جميع احتياجاتك الطبية؟		
٢٣	هل تكلفة الخدمة الحالية ملائمة بالنسبة لك؟		
٢٤	هل بإمكانك اختيار الطبيب المعالج؟		
٢٥	هل بإمكانك اختيار المستشفى المعالج؟		
٢٦	هل الوصول إلى المستشفيات المتاحة لك يتم بسهولة ويسر؟		
٢٧	هل تنتظر طويلا للحصول على الخدمة؟		
٢٨	هل تتم الاستجابة لملاحظاتك وشكاواك من قبل مقدمى الخدمة؟		
٢٩	هل تحدث مشكلات بينك وبين المستشفيات المتاحة لك؟		

٣٠- فى حالة الإجابة "بنعم" على السؤال رقم (٢٩)، ما هى طبيعة هذه المشكلات؟
(يمكن اختيار أكثر من مشكلة) :

- ☐ ١- رفض تقديم بعض الخدمات فى إطار التأمين.
- ☐ ٢- تعقيد الإجراءات الإدارية.
- ☐ ٣- طلب مبالغ إضافية.
- ☐ ٤- أخرى (تذكر) ....

	فى ظل النظام التأمينى الحالى الذى تحمله :	١ راض جداً	٢ راض إلى حد ما	٣ غير راض
٣١	بوجه عام ، ما مدى رضاك عن هذا النظام التأمينى؟			
٣٢	ما مدى رضاك عن شمولية الخدمة الصحية المقدمة لك (مدى تغطية الخدمة لجميع احتياجاتك الطبية)؟			
٣٣	ما مدى رضاك عن تكلفة الخدمة الصحية المقدمة لك ؟			
٣٤	ما مدى رضاك عن إمكانية اختيارك للطبيب ؟			
٣٥	ما مدى رضاك عن إمكانية اختيارك للمستشفى ؟			
٣٦	ما مدى رضاك عن سهولة الوصول للخدمة ؟			
٣٧	ما مدى رضاك عن فترة انتظارك للحصول على الخدمة ؟			
٣٨	ما مدى رضاك عن إجراءات الحصول على الخدمة ؟			
٣٩	ما مدى رضاك عن استجابة مقدمى الخدمة لملاحظاتك وشكاواك ؟			

٤٠- بناء على ما تقدم ، ما هو العنصر الأكثر أهمية بالنسبة لك فى نظام التأمين الحالى؟ (اختر عنصراً واحداً فقط)

☐ ١- شمولية الخدمة
☐ ٢- التكلفة
☐ ٣- حرية اختيار الطبيب
☐ ٤- حرية اختيار المستشفى
☐ ٥- سهولة الوصول إلى الخدمة
☐ ٦- قصر فترة الانتظار
☐ ٧- سهولة الإجراءات
☐ ٨- استجابة مقدمى الخدمة

عزيزى/ المقيم

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته ..

الاستبانة التى بين يديكم مخصصة لجمع بيانات دراسة يقوم بها مركز البحوث فى معهد الإدارة العامة تستهدف معرفة آرائكم حول نظام التأمين الصحى التعاونى المزمع تطبيقه فى المملكة العربية السعودية قريبًا، علما بأنه سوف ينفذ إلزاميًا على جميع المقيمين، ولا يجوز منح رخص الإقامة ولا تجديدها إلا بعد الحصول على وثيقة الضمان الصحى.

ولما لتطبيق هذا النظام من أثر مباشر على جميع المقيمين ولأهمية آرائكم فى إنجاح أهداف هذه الدراسة نأمل تفضلكم بالإجابة عن جميع أسئلة وبنود هذه الاستبانة، علمًا بأن المعلومات التى ستزودنا بها ستكون موضع السرية التامة ولن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمى فقط.

ونورد فيما يلى بعض أهم عناصر هذا النظام للتعرف عليه والمساعدة فى الإجابة عن أسئلة الاستبانة:

- لا يجوز منح رخص الإقامة ولا تجديدها إلا بعد الحصول على وثيقة الضمان الصحى.
- يحدد مجلس الضمان الصحى أفراد أسرة المستفيد المشمولين بالضمان وكيفية ونسبة مساهمة كل من المستفيد وصاحب العمل فى قيمة الاشتراك فى الضمان.
- يشترط أن تغطى وثيقة الضمان الصحى الخدمات الصحية الأساسية والإجراءات الوقائية والفحوصات المخبرية والشعاعية إضافة إلى الإقامة والعلاج فى المستشفيات ومعالجة أمراض الأسنان واللثة عدا التقويم والأطقم الصناعية.
- يكون علاج العاملين فى الجهات الحكومية وأفراد أسرهم فى المرافق الصحية الحكومية إذا نصت عقودهم على حق العلاج.
- يحل المقيم غير المشمول بكفالة عمل محل صاحب العمل فى الالتزامات المترتبة على صاحب العمل.

مع جزيل الشكر على جهودكم وتعاونكم.

الباحثـــان

د. عبدالمحسن صالح الحيدر   أ. د. محمد على التركى

استبانة استطلاع آراء المقيمين غير السعوديين غير المشتركين فى نظام للتأمين الصحى حالياً

للاستخدام الرسمي
فقط ١ S.N.

١- العمر : ....

٢- الجنس:

☐ ١- ذكر ☐ ٢- أنثى

٣- الجنسية : ....

٤- محل الإقامة (الحى) : ....

٥- المستوى التعليمى:

☐ ١- أقل من ثانوى ☐ ٢- ثانوى ☐ ٣- جامعى

☐ ٤- ماجستير ☐ ٥- دكتوراه

٦- الحالة الاجتماعية:

☐ ١- أعزب ☐ ٢- متزوج ☐ ٣- مطلق ☐ ٤- أرمل

٧- جهة العمل :

☐ ١- حكومية ☐ ٢- غير حكومية

٨- مجال الوظيفة / المهنة :

☐ ١- المبيعات ☐ ٤- الخدمات العامة

☐ ٢- التعليم ☐ ٥- أعمال حرفية

☐ ٣- الخدمات الطبية ☐ ٦- أخرى (تذكر) ....

٩- عدد أفراد الأسرة المقيمين معك حالياً : ....

١٠- الدخل الشهرى:

☐ ١- أقل من ٢٠٠٠ ريال.

☐ ٢- من ٢٠٠٠ ريال إلى أقل من ٤٠٠٠ ريال.

☐ ٣- من ٤٠٠٠ ريال إلى أقل من ٦٠٠٠ ريال.

☐ ٤- من ٦٠٠٠ ريال إلى أقل من ٨٠٠٠ ريال.

- ☐ ٥- من ٨٠٠٠ ريال إلى أقل من ١٠٠٠٠ ريال
- ☐ ٦- من ١٠٠٠٠ ريال إلى أقل من ١٢٠٠٠ ريال
- ☐ ٧- من ١٢٠٠٠ ريال إلى أقل من ١٤٠٠٠ ريال
- ☐ ٨- من ١٤٠٠٠ ريال فأكثر

١١- هل جهة عملك تقدم خدمات صحية لك ؟

☐ ١- نعم ☐ ٢- لا

١٢- فى حالة الإجابة بنعم، ما نوع هذه الخدمات الصحية؟ (يمكن اختيار أكثر من نوع):

- ☐ ١- زيارات الأطباء (خدمات العيادات الخارجية).
- ☐ ٢- الحصول على الدواء.
- ☐ ٣- التنويم بالمستشفيات.
- ☐ ٤- التحاليل المعملية والأشعات.
- ☐ ٥- أخرى (تذكر) ....

١٣- كم عدد أفراد الأسرة الذين تشملهم هذه الخدمات الصحية؟

- ☐ ١- جميع أفراد الأسرة
- ☐ ٢- رب الأسرة والزوجة
- ☐ ٣- رب الأسرة فقط
- ☐ ٤- أخرى (تذكر) ....

فى أغلب نظم التأمين يدفع المستفيد مبلغًا إضافيًا (غير قيمة الاشتراك فى التأمين) نظير الخدمة التى تقدم له، وذلك للتقليل من سوء استخدام الخدمات المتاحة من ناحية (استخدام هذه الخدمات عند الحاجة الفعلية فقط)، ولتخفيض قيمة الاشتراك فى التأمين من ناحية أخرى.

عند تطبيق نظام الضمان الصحى التعاونى المزمع تنفيذه قريبًا :

١٤- هل ستكون مستعداً لدفع نسبة من التكلفة عند كل زيارة للطبيب؟

☐ ١- نعم ☐ ٢- لا

١٥- فى حالة الإجابة بلا، اذكر الأسباب:

....

....

....

....

١٦- ما نوع التغطية التأمينية المناسبة لك من وجهة نظرك؟ (يمكنك اختيار أكثر من نوع)

☐ ١- زيارات الأطباء (الكشف بالعيادات الخارجية).

☐ ٢- الحصول على الدواء.

☐ ٣- التنويم بالمستشفيات.

☐ ٤- التحاليل المعملية والأشعات.

☐ ٥- أخرى (تذكر) ....

١٧- مقارنة بتكلفة الخدمة بدون التغطية التأمينية، هل الاشتراك فى نظام الضمان الصحى التعاونى أفضل بالنسبة لك؟

١ نعم	٢ لا

١٨- ما مدى احتياجك لتأمين صحى شامل لك ولأسرتك (يغطى جميع احتياجاتك الطبية)؟

١ أحتاجه جداً	٢ احتاجه إلى حد ما	٣ لا أحتاجه

١٩- ما إمكانية اقتطاع جزء من راتبك الشهرى من أجل إشراكك فى هذا التأمين؟

١ ممكن جداً	٢ ممكن إلى حد ما	٣ غير ممكن

٢٠- عند تطبيق نظام الضمان الصحى التعاونى قريباً، كم تقترح أن تدفع شهرياً (كنسبة مئوية من الراتب) نظير ذلك؟ ....٪

وازن بين اختياراتك عند الإجابة على الأسئلة التالية، آخذاً فى الاعتبار زيادة التكلفة المالية للاشتراك فى التأمين الصحى المقترح مع اختيارك لأكثر من عنصر:

		١ مهم جداً	٢ مهم إلى حد ما	٣ غير مهم
٢١	ما أهمية شمولية الخدمة بالنسبة لك (مدى تغطية الخدمة لجميع احتياجاتك الطبية)؟			
٢٢	ما أهمية تكلفة الخدمة الصحية بالنسبة لك؟			
٢٣	ما أهمية حرية اختيار الطبيب المعالج بالنسبة لك؟			
٢٤	ما أهمية حرية اختيار المستشفى المعالجة بالنسبة لك؟			
٢٥	ما أهمية سهولة الوصول إلى الخدمة العلاجية بالنسبة لك؟			
٢٦	ما أهمية قصر فترة الانتظار للوصول إلى الخدمة العلاجية بالنسبة لك؟			
٢٧	ما أهمية سهولة إجراءات الحصول على الخدمة العلاجية بالنسبة لك؟			
٢٨	ما أهمية استجابة مقدمى الخدمة لملاحظاتك وشكاواك بالنسبة لك؟			

٢٩- فى رأيك، ما هو العنصر الأكثر أهمية بالنسبة لك من العناصر التالية فيما يتعلق بنظام التأمين الصحى المقترح؟ (اختر عنصراً واحداً فقط)

☐ ١- شمولية التغطية.

☐ ٢- التكلفة.

☐ ٣- حرية اختيار الطبيب.

☐ ٤- حرية اختيار المستشفى.

☐ ٥- سهولة الوصول إلى الخدمة.

☐ ٦- قصر فترة الانتظار.

☐ ٧- سهولة الإجراءات.

☐ ٨- استجابة مقدمى الخدمة.

٣٠- ما هى مقترحاتك بخصوص نظام الضمان الصحى التعاونى الذى سيطبق عليك قريباً؟

....

....

....

....

....

....

....

....

....

Dear respondent:

This questionnaire is designed to collect data for a study being conducted by the research center at the Institute of Public Administration in Riyadh. The study aims to know your opinions concerning **the cooperative health insurance system** to be implemented in Saudi Arabia in the near future.

It is important to know that the system will be obligatory to all non-Saudi residents in the Kingdom. The insurance policy will be a prerequisite to the issuance of residency card (Iqama).

Due to the direct impact of the implementation of such a system on all the non-Saudi residents and due to the importance of your cooperation and opinions to the success of this study, we kindly request that you complete this questionnaire. We assure you that all information gathered will be held in the strictest confidence and will only be used for research purposes.

To help answer the questions, we will state some of the important elements of the proposed system:

- The Iqama will not be issued or renewed without an insurance policy.
- The Health Insurance Council will determine the family members of the insured who may be covered, and the percentage contributed by the insured and the employer toward the insurance premiums.
- The insurance should cover basic health services, preventive services, laboratory tests and radiology, in addition to inpatient services and basic dental services.
- Government employees and their families will be treated in government facilities if their contracts stipulate medical care benefits.

Thank you for your kind cooperation.

The Researchers

QUESTIONNAIRE INVESTIGATING THE OPINIONS OF NON-SAUDI RESIDENTS CURRENTLY ENROLLED IN A HEALTH INSURANCE PLAN

Official use only 3	
S.N.	☐☐☐☐

1- Age: ....

2- Sex:

☐ 1- male ☐ 2- female

3- Nationality: ....

4- Place of Residence (What Neighborhood) ....

5- Educational Level:

☐ 1- Less than High School
☐ 4- Masters
☐ 2- High School
☐ 5- Ph. D
☐ 3- University

6- Marital Status:

☐ 1- Single
☐ 3- Divorced
☐ 2- Married
☐ 4- Widowed

7- Place of Work:

☐ 1- Government
☐ 1- Non-government

8- Type of Work or Profession:

☐ 1- Sales
☐ 4- General Services
☐ 2- Education
☐ 5- Manual Labor
☐ 3- Medical Services
☐ 6- Other (Pls . Specify) ....

9- Number of Family Members Currently Living With You: ....

10- Monthly Income in Saudi Riyals:

☐ 1- Less than 2000
☐ 2- from 2000 to less than 4000
☐ 3- from 4000 to less than 6000
☐ 4- from 6000 to less than 8000
☐ 5- from 8000 to less than 10000
☐ 6- from 10000 to less than 12000
☐ 7- from 12000 to less than 14000
☐ 8- from 14000 and above

11- How did you obtain this insurance?

- ☐ 1- Personal contract with a hospital
- ☐ 2- Personal contract with insurance company
- ☐ 3- Through employer
- ☐ 4- Other (Pls. Specify)..................

12- How long have you had the Insurance?.................. years.

13- What is the amount of annual premium paid? .... S.R.

14- Who pays the premium?

- ☐ 1- Employer
- ☐ 3- Shared by Employer and Insured
- ☐ 2- The Insured
- ☐ 4- Other (Pls. Specif) ....

15- How many family members does the current insurance cover?

- ☐ 1- Head of househol
- ☐ 3- All family members
- ☐ 2- Head of household & spouse
- ☐ 4- Other (Pls. Specify) ....

16- Do you pay a deductible amount of money to receive care after a certain ceiling had been reached?

- ☐ 1-Yes
- ☐ 2- No

17- If you answered "Yes" what is the amount of this deductible? .... S.R.

		I Do not pay	I Pay (write amount)
18	How much do you pay as a copayment or a percentage of the fee for physician care at each visit?	0	..........S.R. or %
19	How much do you pay as a copayment or a percentage of the cost of medicines you receive at each visit?	0	..........S.R. or %
20	How much do you pay as a copayment or as a percentage of the cost for laboratory tests and radiography (X-rays and ultrasound)?	0	..........S.R. or %
21	How much do you pay as a copayment or as a percentage of the cost of inpatient care you receive?	0	..........S.R. or %

	Under your current insurance plan	1 Yes	2 No
22	Are all your medical needs met?		
23	Is the cost of your current insurance plan suitable for you?		
24	Do you have the freedom to choose your physician?		
25	Do you have the freedom to choose the hospital?		
26	Are the hospitals said to be available and easily accessible?		
27	Do you wait long to receive services?		
28	Are the procedures of obtaining care simple and easy?		
29	Are providers responsive to your complaints and comments?		
30	Do problems arise between you and the available hospitals?		

31- If you answered "Yes" to question (30), what is the nature of these problems? (You may choose more than one)

☐ 1- Denial of provision of some services within the insurance coverage

☐ 2- Complicated administrative procedures

☐ 3- Co-payments required

☐ 4- Other (Pls. Specify) ....

		1 Dissatis fied	2 Somew hat satisfied	3 Very satisfied
32	How satisfied are you, in general, with the insurance plan you subscribe to, currently ?			
33	How satisfied are you with the comprehensiveness of health services provided to you. (How well does the service cover your medical needs?)			
34	How satisfied are you with the cost of healthcare services provided to you under the current insurance plan?			
35	How satisfied are you with your freedom to choose your physician under the current insurance plan?			
36	How satisfied are you with your freedom to choose the hospital where you receive care, under the current insurance plan ?			

		1 Dissatis fied	2 Some what satisfied	3 Very satisfied
37	How satisfied are you with the accessibility of services under the current insurance plan?			
38	How satisfied are you with the waiting time to receive services under the current insurance plan?			
39	How satisfied are you with the procedures of obtaining health services under the current insurance plan?			
40	How satisfied are you with the responsiveness of health care providers to your complaints and comments, under the current insurance plan?			

41- Based on your previous answers, what is the SINGLE most important factor to you, under the current insurance plan? (choose one factor only)

- ☐ 1- Comprehensiveness of coverage
- ☐ 2- Cost
- ☐ 3- Freedom to choose physician
- ☐ 4- Freedom to choose hospital
- ☐ 5- Accessibility of services
- ☐ 6- Short waiting time
- ☐ 7- Ease of procedures of obtaining care
- ☐ 8- Responsiveness of provider

Dear respondent:

This questionnaire is designed to collect data for a study being conducted by the research center at the Institute of Public Administration in Riyadh. The study aims to know your opinions concerning **the cooperative health insurance system** to be implemented in Saudi Arabia in the near future.

It is important to know that the system will be obligatory to all non-Saudi residents in the Kingdom. The insurance policy will be a prerequisite to the issuance of residency card (Iqama).

Due to the direct impact of the implementation of such a system on all the non-Saudi residents and due to the importance of your cooperation and opinions to the success of this study, we kindly request that you complete this questionnaire. We assure you that all information gathered will be held in the strictest confidence and will only be used for research purposes.

To help answer the questions, we will state some of the important elements of the proposed system:

- The Iqama will not be issued or renewed without an insurance policy.
- The Health Insurance Council will determine the family members of the insured who may be covered, and the percentage contributed by the insured and the employer toward the insurance premiums.
- The insurance should cover basic health services, preventive services, laboratory tests and radiology, in addition to inpatient services and basic dental services.
- Government employees and their families will be treated in government facilities if their contracts stipulate medical care benefits.

Thank you for your kind cooperation.

The Researchers

QUESTIONNAIRE INVESTIGATING THE OPINIONS OF NON-SAUDI RESIDENTS NOT CURRENTLY ENROLLED IN A HEALTH INSURANCE PLAN

Official use only 4	
S.N.	☐☐☐☐

1- Age: ______

2- Sex:

☐ 1- male ☐ 2- female

3- Nationality: ______

4- Place of Residence (What Neighborhood): ______

5- Educational Level:

☐ 1- Less than High Schoo ☐ 4- Masters
☐ 2- High School ☐ 5- Ph. D
☐ 3- University ☐

6- Marital Status:

☐ 1- Single ☐ 3- Divorced
☐ 2- Married ☐ 4- Widowed

7- Place of Work:

☐ 1- Government ☐ 2- Non-government

8- Type of Work or Profession:

☐ 1- Sales ☐ 4- General Services
☐ 2- Education ☐ 5- Manual Labor
☐ 3- Medical Services ☐ 6- Other (Pls. Specify) ______

9- Number of Family Members Currently Living With You: ....

10- Monthly Income in Saudi Riyals:

☐ 1- Less than 2000 ☐ 2- from 2000 to less than 4000
☐ 3- from 4000 to less than 6000 ☐ 4- from 6000 to less than 8000
☐ 5- from 8000 to less than 10000 ☐ 6- from 10000 to less than 12000
☐ 7- from 12000 to less than 14000 ☐ 8- from 14000 and above

11- Do you have access to health services through your employer?

☐ 1- Yes ☐ 2- No

12- If you answered "Yes" to question (11), what type of services are available to you? (you may choose more than one)

- ☐ 1- Physician visits (outpatient services)
- ☐ 2- Dispensing medicines
- ☐ 3- Inpatient services
- ☐ 4- Lab tests and radiography (X-rays & ultrasound)
- ☐ 5- Other (Pls. Specify)..................

13- How many family members are covered under this arrangement?

- ☐ 1- Head of household only
- ☐ 3- All family members
- ☐ 2- Head of household and spouse
- ☐ 4- Other (Pls. Specify)..................

Under most insurance systems, the insured pays a co-payment (in addition to insurance premium) for services received. The purpose of the co-payment is to limit abuse of services and to reduce the amount of premiums paid.

When the forthcoming cooperative health insurance system is implemented:

14- Will you be willing to pay a percentage of the fees at every physician visit?

☐ 1- Yes ☐ 2- No

15- If you answered "No", state your reasons:

....

....

....

....

....

....

16- What insurance coverage is suitable to you? (you may choose more than one)

- ☐ 1- Physician visits (outpatient services)
- ☐ 2- Medicines
- ☐ 3- Inpatient services
- ☐ 4- Laboratory investigations & Radiology
- ☐ 5- Other (Pls. Specify)..........................

17- Compared to the cost of healthcare without insurance coverage, is subscribing to the cooperative health insurance plan more economical for you?

☐ 1- Yes ☐ 2- No

		1 Not needed	2 Some what needed	3 Highly needed
18	To what extent do you need comprehensive health insurance coverage for you and your family? (which satisfies all your medical needs)			

		1 Not possible	2 Some what possible	3 Very possible
19	What is the possibility of deducting a percentage of your monthly salary to subscribe you in the health insurane?			

20- When the cooperative health insurance is implemented, what percentage of your salary do you suggest to pay in order to subscribe? ....%

In answering the following questions, compare and balance your choices taking into account the increase of the premium when choosing more options.

		1 Not important	2 Some what important	3 Very important
21	How important to you is the comprehen-siveness of health services (How well does the services cover your medical needs?)			
22	How important to you is the cost of health services?			
23	How important to you is the freedom to choose your physician?			
24	How important to you is the freedom to choose the hospital where you receive care?			
25	How important to you is accessibility to health services?			

		1 Not important	2 Some what important	3 Very important
26	How important to you is the length of waiting time to receive health care?			
27	how important to you is the ease of procedures of obtaining healthcare?			
28	How important to you is the responsiveness of the provider to your complaints and comments?			

29- What is the SINGLE most important factor to you, of the proposed health insurance system? (choose one factor only of the following)

- ☐ 1- Comprehensiveness of coverage
- ☐ 2- Cost
- ☐ 3- Freedom to choose physician
- ☐ 4- Freedom to choose hospital
- ☐ 5- Accessibility of services
- ☐ 6- Short waiting time
- ☐ 7- Ease of procedures of obtaining care
- ☐ 8- Responsiveness of provider

30- What are your suggestions and recommendations concerning the forthcoming cooperative health insurance system?

....
....
....
....
....
....

الباحثان فى سطور

(١) عبدالمحسن بن صالح بن عبدالرحمن الحيدر

- تاريخ الميلاد : ١٩٥٢م
- مكان الميلاد : الرياض

**** المؤهل العلمى :**

- دكتوراه، تخصص بحوث الخدمات الصحية، من جامعة كمنولث فرجينيا (كلية فرجينيا الطبية) أمريكا عام ١٩٨٨م.

**** الوظيفة الحالية :**

- أستاذ الإدارة الصحية المساعد / باحث متفرغ.

**** الأنشطة العلمية :**

- Modeling Organizational Determinants of Hospital mortality. Health Services Research 26:3 (August 1991)
- مشروع بحث لتقصى عوامل تحديد النقص فى المرضات السعوديات، ورقة عمل مقدمة فى الندوة السنوية الرابعة لتطوير القوى العاملة الصحية ٤-٥ ربيع الأول ١٤١٠هـ.
- العوامل المؤثرة فى اختيار الفتاة السعودية لمهنة التمريض، دراسة ميدانية، معهد الإدارة العامة ١٤١٦هـ.
- تقويم نظام الرعاية الطبية : الفعالية والكفاءة والإنصاف، ترجمة كتاب مرجعى، معهد الإدارة العامة، ١٤٢٠هـ.

(٢) محمد على محمد التركى

- تاريخ الميلاد : ١٩٤٥/٨/٣م
- مكان الميلاد : القاهرة

** المؤهل العلمى :

- دكتوراه، تخصص الصحة العامة (إدارة صحية)، من جامعة بتسبرج، الولايات المتحدة الأمريكية، عام ١٩٨٠م.

** الوظيفة الحالية :

- أستاذ الإدارة الصحية، معهد الإدارة العامة.

** الأنشطة العلمية :

- تدرج فى الوظائف العلمية بجامعة أسيوط (جمهورية مصر العربية) حتى حصل على درجة أستاذ فى ١٩٩١/٢/١٠م.
- اشترك فى الإشراف على سبع عشرة رسالة ماجستير وأربع رسائل دكتوراه بكلية الطب - جامعة أسيوط، وعمل فى مجال التدريس للمستوى الجامعى وطلبة الدراسات العليا.
- شغل وظيفة مدير عام المستشفيات الجامعية بجامعة أسيوط، ثم مستشار رئيس الجامعة لشئون المستشفيات وتمت إعارته للعمل بمعهد الإدارة العامة ثلاث مرات، وله مساهمات فى مجال التدريب والبحوث والاستشارات بالمعهد.
- شارك فى العديد من المؤتمرات والحلقات العلمية فى المجال الصحى.
- نشر العديد من البحوث والأعمال العلمية، وكانت آخر خمسة أعمال منها ممولة من هيئة «اليونيسف» بالقاهرة لدراسة الوضع الصحى للأمهات والأطفال بمنطقة صعيد مصر بأكملها.

تم التصميم والإخراج الفنى والطباعة فى
إدارة الطباعة والنشر بمعهد الإدارة العامة - ١٤٢٣هـ

هذا البحث

كثرت التساؤلات فى الآونة الأخيرة فى المملكة عن موضوع التأمين الصحى بعد صدور المرسوم الملكى بالموافقة على نظام الضمان الصحى التعاونى الذى سوف يطبق فى مرحلته الأولى بصورة إلزامية على جميع المقيمين . ويجيب هذا البحث عن العديد من تلك التساؤلات من خلال إلقاء الضوء على نظام الضمان الصحى التعاونى المزمع تنفيذه ، وذلك للتعرف على جوانب هذا النظام وأوجه الشبه والاختلاف بينه وبين نظم التأمين الصحى الأخرى المطبقة حاليا فى بعض الدول المتقدمة والنامية ، بالإضافة إلى استطلاع آراء المستفيدين (المستهدفين الذين سيطبق عليهم النظام سواء المشتركون فى نظم التأمين الصحى المطبقة فى مدينة الرياض أو الذين لا يشتركون بها حاليا) حول هذا النظام ، وكذلك آراء الذين سوف يقومون على تنفيذه من المستشفيات وشركات التأمين .

ولتحقيق هذه الأهداف تم استخدام أسلوب الدراسة المكتبية للتعرف على مكونات نظام الضمان الصحى التعاونى من خلال تحليل النظام المذكور باستخدام أسلوب النظم ، ثم مقارنته مع بعض النظم الأخرى فى العالم باستخدام المعلومات المتاحة عن هذه النظم . كما تم استخدام أسلوب الدراسة الميدانية للتعرف على آراء المستفيدين ومقدمى الخدمة وشركات التأمين من خلال أربع استبانات صممت خاصة لهذا الغرض . الاستبانة الأولى خاصة بالمستفيدين المشتركين حاليا فى نظم للتأمين الصحى ، والثانية خاصة بالمستفيدين غير المشتركين حاليا فى نظم للتأمين الصحى ، والثالثة خاصة بإداريى المستشفيات ، أما الرابعة فهى خاصة بإداريى شركات التأمين .

وقد خرج البحث بمجموعة من النتائج والتوصيات ذات الفائدة على المستوى المركزى (مستوى وضع السياسات الصحية) ومستوى مقدمى الخدمة (المنشآت الصحية) وشركات التأمين وكذلك المستفيدين من الخدمة .

ردمك: ١-١٠٧-١٤-٩٩٦٠

تصميم وإخراج وطباعة

الإدارة العامة للطباعة والنشر - معهد الإدارة العامة ١٤٢٣هـ